

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	BARRE	JEISI JARED	05	05	2020	5 años, 2 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353377664	MANABI	CHONE	SANTA RITA	STA RITHA SITIO CAMARETA y	098-319-3315 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353377664	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva

☐

Saturación capacidad
instalada

☐

Ausencia temporal del
profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clínico

MASculino ESCOLAR DE 5 AÑOS 2 MESES, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, POR CONTROL MEDICO, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, VACUNAS COMPLETAS PARA SU EDAD. ALIMENTACIÓN: ADECUADA. PESO Y TALLA: NORMAL. HITOS DEL DESARROLLO: NORMAL. DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA 7 DIAS CON TOS SECA AUTOMEDICADA CON BACTRIM, ADEMS REFIERE ARDOR AL ORINAR. NIEGA FIEBRE NIEGA VOMITA NIEGA DIARREAS. SE SOLICITA EXAMENES DE LABORATORIO (NO CONTAMOS CON AGENDAMIENTO EN EL TIPO C). MADRE REFIERE QUE HACE 1 MES PRESENTO DOS CONVULSIONES DE APROXIMADAMENTE 15 MIN CON MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS DE FORMA INVOLUNTARIA LO LLEVO AL HOSPITAL DONDE LE TRATARON Y LE SOLICITARON UNA INTERCONSULTA CON ESPECIALISTA EN PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-10	13:50	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-10	13:50	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

