

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	NAVARRETE	AYNOHA VALENTINA	13	09	2020	4 años, 10 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353467382	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO NARCISO y	098-079-8857 / (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	1353467382	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	31
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

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD APP: CRISIS DE AUSENCIA (PRESUNTO). PRESENTA EPISODIOS RECURRENTES DE PÉRDIDA BREVE DE LA CONCIENCIA, DE INICIO SÚBITO, DURACIÓN DE POCOS SEGUNDOS, SIN RESPUESTA A ESTÍMULOS DURANTE LOS MISMOS, CON REANUDACIÓN ESPONTÁNEA DE LA ACTIVIDAD POSTERIOR Y SIN PERÍODO POSTICTAL; LOS EPISODIOS OCURREN VARIAS VECES AL DÍA, NO SE ACOMPAÑAN DE FIEBRE, VÓMITOS NI CONVULSIONES, Y HAN SIDO OBSERVADOS POR LOS PADRES EN CONTEXTOS DE ACTIVIDAD COTIDIANA, LO QUE SUGIERE CRISIS DE AUSENCIA TÍPICAS. PACIENTE QUE PRESENTA ADEMAS CUADRO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA, TOS, ADEMAS REFIER EN OCASIONES PRESENTA DOLOR ABDOMINAL DE FORMA REPENTINA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRISIS DE AUSENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	G403		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	14:37	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

