

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PITA	BRAVO	EMERSON MARUCK	12	10	2020	4 años, 3 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353487141	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SEBASTIAN CEDEÑO y SN	099-091-1902 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353487141	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	01	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PREESCOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS 3 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO, MADRE REFIERE ANTECEDENTE PATOLOGICOS: CONVULSIONES FEBRILES HOSPITALIZADOS EN 4 OCASIONES, MENCIONA QUE LA PRIMERA CONVULSION FEBRIL OCURRIÓ CUANDO TENÍA DOS AÑOS Y 6 MESES DE EDAD, DURANTE EL 2024 FUE HOSPITALIZADO POR 2 OCASIONES DEBIDO A LA MISMA CAUSA, INDICA QUE HACE UNA SEMANA REPITIÓ EPIDOSIO CONVULSIVO Y PERMANECIENDO 3 HORAS EN EMERGENCIA PARA VIGILANCIA. NO CUENTA CON CONTROLES POR ESPECIALIDAD MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD. AL MOMENTO LACTANTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. SEGÚN CURVAS DE PESO/EDAD SE ENCUENTRA DENTRO DE RANGO NORMAL Y CURVA DE TALLA SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE -2 DESVIACION ESTANDAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONVULSIONES FEBRILES	R560		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	15:59	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-01-30	15:59	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	