

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	BASURTO	RAFAEL ALEXANDER	19	07	2021	3 años, 3 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353677485	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PLATANALES y	093-998-6107 /
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	1353677485	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	07
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 MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO REFIERE EPISODIOS (TOTAL DE EPISODIOS HASTA EL MOMENTO: 5) QUE DESCRIBE COMO CAIDA Y PERDIDA DE LA CONSCIENCIA ESPONTANEA QUE DURA HASTA 5 MINUTOS Y SE ACOMPAÑA DE SIALORREA. ADEMAS MENCIONA QUE POSTERIOR AL EPISODIO PRESENTA EPISODIOS DE FIEBRE, NAUSEAS Y VOMITOS. MENCIONA QUE CUANDO HA OCURRIDO EL NIÑO NO HA ESTADO CURSANDO CON NINGUNA ENFERMEDAD. NIEGA MOVIMIENTOS TONICO-CLONICOS, NIEGA INCONTINENCIA URINARA O FECAL. EL RESTO DEL INTERROGATORIO SIN PATOLOGIA APARENTE. ASEGURA RIGIDEZ DURANTE EL EPISODIO Y POSTERIOR AL EPISODIO FATIGA, SOMNOLENCIA, CONFUSIÓN Y DEBILIDAD CORPORAL. MENCIONA QUE SI HA TENIDO CRISIS SEGUIDAS DENTRO DEL MISMO DIA. PACIENTE YA HA SIDO INGRESADO EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA DONDE LE DIAGNOSTICARON EPILEPSIA PERO NO RECIBIO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO. DEPOSICIONES FISIOLOGICAS PRESENTES. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA Y GASTROINTESTINAL. NIÑO CON TENDENCIA DE CRECIMIENTO APROPIADO (PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD) + DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL SIN SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL NI RIESGO SOCIAL + ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO DE ACUERDO A LA EDAD. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVAS RECURRENTE SIN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO HASTA EL DIA DE HOY.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	14:36	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-11-07	14:36	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	