

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SOLIZ	AMY LUCIANA	15	08	2021	3 años, 6 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353696089	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y X	099-811-1824 /
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	1353696089	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	14
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 FEMENINA DE 3 AÑOS 6 MESES QUE ACUDE A CONSULTA CON SU MADRE. APP NO REFIERE. APF NO REFIERE, ANTECEDENTES TRAUMATICOS: CAIDA DE 2 METROS DE ALTURA A LOS 4 MESES DE EDAD. ALERGIAS NO REFIERE. FAMILIAR REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTA EPISODIOS DE PERDIDA REPENTINA DEL TONO MUSCULAR CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE 2 MINUTOS DE DURACIÓN APROXIMADAMENTE, ULTIMO EPISODIO HACE 1 SEMANA EN DONDE ES LLEVADA A EMERGENCIAS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, GLASGOW 15/15. AFEBRIL. TALLA BAJA SEGUN SU EDAD. SE INDICA SUPLEMENTACION CON ZINC. DENVER ACORDE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-14	08:12	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-03-14	08:12	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

