

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ZAMBRANO	MIA CHARLOTTE	02	09	2021	3 años, 10 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353709387	MANABI	CHONE	CANUTO	BEJUCAL y X	096-392-5047 /
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	1353709387	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	15
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 DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. APP: ANTECEDENTES DE CONVULSIONES FEBRILES. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF:ABUELA PATERNA CON HIPERTENSION ARTERIAL. MADRE REFIERE QUE MENOR AL PADECER CUADRO CLINICO DE FIEBRE PADECE DE CONVULSIONES, ULTIMO EPISODIO FUE EN OCTUBRE 2024, PACIENTE ANTERIORMENTE EN SEGUIMIENTO CON PEDIATRA DE HOSPITAL DE CHONE SIN EMBARGO ACTUALMENTE SE ENCUENTRA SIN CONTROLES, SE INDICA EXAMENES DE LABORATORIOS PARTICULARES DEBIDO A FALTA DE AGENDAMIENTO DE TIPO C DE CHONE, PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, AFEBRIL A LA CONSULTA, PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONVULSIONES FEBRILES	R560	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-15	13:03	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-07-15	13:03	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

