

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	GARCIA	GENE AUGUSTO	03	01	2022	3 años, 0 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353793266	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y SN	099-246-8869 /
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	1353793266	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha	
Red Complementaria	HOSPITAL DE GUAYAQUIL		Consulta externa	Neumología	2025	01	28
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

paciente nace por cesaria a los 38sg llanto espontaneo buena succión vacunas completas desarrollo neurologico normal... al año de edad tuvo la primera convulsión febril donde estuvo ingresado 7 dias con dx de proceso viral, hace 18 dias nuevamente convulsiono por fiebre con 38 grados. paciente estuvo ingresado 5 horas la convulsión duro mas de 3 min se presento el caso a neurología en el hospital de especialidades pero se hace referencia a neurología pediátrica para RM SIMPLE ENCEFÁLICA CON PROTOCOLO DE EPILEPSIA ADEMAS DE ELECTROENCEFALOGRAMA...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENVÍA PARA EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INVESTIGACIÓN DE PROBLEMA PRIMARIO...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONVULSIONES FEBRILES	R560		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE

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
2025-01-28	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE	L42 F40 N119	

