

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANZULES	MENDOZA	MATHIUS ALESSANDRO	05	05	2022	3 años, 8 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353872300	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	N/A y	097-883-5919 /
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	1353872300	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	09
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 PREESCOLAR MASCULINO DE 3 AÑOS Y 8 MESES DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE NIÑO SANO, ACOMPAÑADO DE SU MADRE. MADRE REFIERE APP DE CRISIS EPILÉPTICAS, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON LEVETIRACETAM 1.5 MG VO CADA 12 HORAS, CON BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. NO SE REPORTAN CRISIS CONVULSIVAS RECIENTES SEGÚN RELATO MATERNO. NIEGA EPISODIOS DE FIEBRE, PÉRDIDA DE CONCIENCIA, MOVIMIENTOS ANORMALES, TRAUMATISMOS RECIENTES U OTROS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS. NO HA PRESENTADO EFECTOS ADVERSOS EVIDENTES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO ACTUAL. PACIENTE SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, ALERTA, BIEN HIDRATADO, PRESENTA PESO Y TALLA ADECUADO PARA SU EDAD/SEGUIMIENTO. SE EVIDENCIA DESARROLLO PSICOMOTOR ACORDE A LA EDAD. POR EL ANTECEDENTE DE EPILEPSIA Y CON EL OBJETIVO DE CONTINUIDAD DE MANEJO, AJUSTE TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0978835919

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS EPILEPSIAS	G408		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-09	14:37	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-01-09	14:37	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

