

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUENTES	MENDOZA	ANDRES JESUS	25	09	2022	3 años, 6 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353972142	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SANTA NARCISA y SN	099-750-5797 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1353972142	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	06
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 6 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN REFIERE QUE TIENE ANTECEDENTE DE CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES Y EPILEPSIA EN ESTUDIO DESDE QUE TENIA 1 AÑO DE EDAD, RETRASO EN EL DESARROLLO DE LENGUAJE Y PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y ATENCION. MADRE REFIERE QUE SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO CON TERAPIA DE LENGUAJE CITAS LOS MARTES Y VIERNES, EN SEGUIMIENTO CON PEDIATRIA Y PSIQUIATRIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE. PACIENTE REFIERE QUE TIENE SEGURO POR TAL MOTIVO LE INDICAN QUE PARA CONTINUAR CON LOS CONTROLES DEBEN ACTUALIZARSE LAS REFERENCIAS, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA, TERAPIA DE LENGUAJE Y PSIQUIATRIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ACTIVO, FUERZA Y TONO MUSCULAR CONSERVADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	13:44	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2026-04-06	13:44	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	