

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	GARCIA	JISOO JAZMIN	08	11	2022	3 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354001834	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	099-226-4608 /
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	1354001834	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	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

JISOO PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑO 5 MESES DE EDAD. CON APP EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS APF: ABUELA MATERNA CANCERA UTERINO AA: NIEGA. SE REALIZA VISITA EN DONDE MADRE DEL PACIENTE REFIERE QUE LA PACIENTE LLEVABA CONTROLES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EN PORTOVIEJO POR PATOLOGIA DE BASE, MADRE REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMATICA, ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. PACIENTE ESTABLE Y COLABORADOR, SE REALIZA CONTROL SIN NOVEDADES. EXAMEN FISICO: MACROCEFALIA +2DE. BOCA: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. OROFARINGE: SIN ALTERACIÓN. CUELLO: SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX: ELASTICIDAD Y EXPANSIBILIDAD CONSERVADA. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS NORMOFONÉTICOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS SIN ALTERACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MACROCEFALIA	Q 753		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	09:40	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-06	09:40	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

