

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	ANGULO	AXEL DARIEL	09	03	2023	1 años, 4 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354089581	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	099-781-3414 /
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	1354089581	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	08 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 QUE EN EL MES DE JUNIO PRESENTABA 8 DE HEMOGLOBINA AL MOMENTO LUEGO DE TRATAMIENTO CON 11.2 SE MANTIENE HIERRO, Y PENDIENTE METABOLISMO DE HIERRO, REFIERE CUADRO COMPATIBLE CON ESPASMO DEL SOLLOZO, SIN EMBARGO TIENE PENDIENTE TURNO CON NEUROLOGIA PEDIÁTRICA POR EPISODIOS TONICOS SUPUESTOS, EN #4 EL ÚLTIMO LA SEMANA PASADA.
0997813414 / 0968560550 aBUELO rOCARF.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS	G404		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-06	12:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

Dr. Irving Buitron Nieto
C.I. 1311622818
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

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	Distrto/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

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
2024-08-06	12:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	