

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	VALDEZ	JORDAN ALEJANDRO	07	03	2023	1 años, 10 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354097147	MANABI	CHONE	CANUTO	LA PIÑUELA y X	098-674-5369 /
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	1354097147	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	01	27
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

LACTANTE MENOR DE 1 AÑO 10 MESES DE EDAD ES TRAIADO A ESTA UNIDAD POR SU MADRE (GÉNESIS VALDEZ). APP NO REFIERE, PARA CONTROL DE SALUD DE RUTINA. MADRE REFIERE QUE HACE 7 DIAS EL PACIENTE SUFRE UN EVENTO CARACTERIZADO POR RIGIDEZ GENERALIZADA Y CIANOSIS PERIBUCAL SIN PERDIDA DE LA CONCIENCIA. MADRE REFIERE QUE DESDE LOS 9 MESES SUFRE ESOS EVENTOS. NO SIGNOS DE PELIGRO. PESO Y TALLA NORMAL. TEST DE NEURODESARROLLO NORMAL. SE ENVIA MICRONUTRIENTES. INICIAN SOLICITA REFERENCIA PARA PEDIATRIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOS 12.4, LINFO 4.3, NEUTR 0.6, HB 10.0, HTO 31.3, VCM 60.0, PLQ 498

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	11:15	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-01-27	11:15	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	