

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	1354104547		1354104547					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ		VALENCIA		MATHEO		GREGORIO	F	31/03/2023	2	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0962600746 - 0993015859		IESS CAMPESINO		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		X	7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABÍ		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PREESCOLAR DE 2A 10M, APP DE ANEMIA CRONICA, REFIERE LA MADRE, QUE A PARTIR DEL 20 DE ENERO DE ESTE AÑO HA PRESENTADO 5 CONVULSIONES TÓNICO CLONICOS, EL PRIMERO SECUNDARIO A FIEBRE, ACOMPAÑADO ADEMÁS DE CEFALEA Y SOMNOLENCIA, FUE VALORADO EN IESS CHONE EN EMERGENCIA Y PEDIATRIA , DONDE REALIZARON EXAMENES, PERO NO DIERON DIAGNOSTICO, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA MEJOR ESTUDIO Y VALORACION ESPECIALIZADA.

Fecha: 20/01/2026 IESS CHONE. Hb: 9.4 mg/dl, Hcto: 27.7%, Hematies: 3.43 x10⁶/L, Plaquetas: 276 mmc, Leucocitos: 12.67 mmc. (Lin 6.2, Seg 84.6, Mon 6.2, Eos 2.5, Bas 0.2), UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Pio 3.8 xHPF; Ert: 0.60 HPF; Cel Epit: 2.0 HPF, Bacterias: 10 HPF; Filamento mucosos: ++ ;

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568		X	4.			
2.	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
09/02/2026	9.34 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	