

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	PINELA	SEBASTIAN JUNIOR	05	06	2023	2 años, 10 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354155028	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV AMAZONAS y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	096-767-2423 /
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	1354155028	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	16
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

PEDIATRICO DE 2 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CONVULSIONES ATONICAS? (SE DESMAYA) CON DESVIACIÓN DE LA MIRADA POR VARIOS MINUTOS DE DURACIÓN FUE ATENDIDO NO ESPECIFICA ESPECIALISTA QUIEN ENVIA TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO HACE MAS DE UN AÑO CON LO CUAL MEJORO Y NO VOLVIO A CONVULSIONAR, CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE MADRE CON TUBERCULOSIS ACTIVA EN TRATAMIENTO Y SE VALORA PARA INICIAR TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ADEMÁS ACUDE CON SU MADRE A CONTROL MÉDICO. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, CON LIGERO DEFICIT DEL LENGUAJE, EN CONDICIONES ESTABLES, SIN SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ALGUNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	Z713		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	13:02	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

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