

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUAREZ	CUSME	BRIANNA YALEZKA	05	06	2023	2 años, 7 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354155846	MANABI	CHONE	CANUTO	LA MOCORA y X	096-208-4371 /
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	1354155846	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	12
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 FEMENINA DE 2 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE SÍNDROME DE WEST. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO Y PARA REFERENCIA A PEDIATRÍA. MADRE REFIERA QUE LA PACIENTE HA LLEVADO SEGUIMIENTO POR NEUROPEDIATRÍA DE MANERA PARTICULAR; SIN EMBARGO, INDICA QUE TIENE APROXIMADAMENTE 1 AÑO SIN CONTROLES RECIENTES Y REQUIERE RETOMAR EVALUACIÓN MÉDICA. SOLICITA VALORACIÓN PEDIÁTRICA PARA SEGUIMIENTO INTEGRAL, VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y NEURODESARROLLO, COORDINACIÓN DE MANEJO CON ESPECIALIDAD Y, ADEMÁS, QUE PEDIATRÍA VALORE NECESIDAD DE PLAN DE REHABILITACIÓN Y DERIVACIÓN A FISIATRÍA/TERAPIAS SEGÚN HALLAZGOS FUNCIONALES YA QUE NO HA TENIDO AVANCES. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA DE RELEVANCIA. SE ENVÍA REFERENCIA PARA VALORAACION INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	10:47	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2026-01-12	10:47	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

