

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	QUIROZ	SCARLETT NAHOMY	06	06	2023	1 años, 9 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354156836	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILO GILER y	099-480-8854 /
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	1354156836	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	25
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 PEDIATRICA FEMENINA DE 1 AÑO 9 MESES DE EDAD,APP: NO REFIERE, APF: PRIMO EPILEPSIA, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE 8 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONVULSIONES TONICO CLONICAS DE 1-3 MINUTOS DE DURACION, PERDIDA DE CONSCIENCIA, CIANOSIS, SOMNOLENCIA. REFIERE QUE DICHO CUADRO EMPEZO EL 19/07/25 DESPUES DE UNA CAIDA DE SU PROPIA ALTURA, DICHO DIA LA LLEVO POR EMERGENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN EL CUAL NO RECUERDA QUE LE RECETARON. MENCIONA QUE TUVO UNA ATENCION EN EL HOSPITAL EN EL CUAL LE REALIZARON REFERENCIA AL HOSPITAL DE BAHIA DE CARAQUEZ, MIGUEL H ALCIVAR EN EL CUAL NUNCA RECIBIO RESPUESTA POR LO QUE HASTA EL MOMENTO LA PACIENTE SE ENCUENTRA SIN TRATAMIENTO ALGUNO POR EL CUAL SE EMPIEZA ESQUEMA CON ACIDO VALPROICO DOSIS MINIMA (2.26ML). MENCIONA QUE HACE 1 MES SE REPETIO DICHO CUADRO CLINICO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, HEMODINAMICAMNTE ESTABLE , ACTIVO, ELECTIVO, REACTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL, TALLA/EDAD NORMAL, PESO/EDAD NORMAL. AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO RSCS RITMICOS, ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	15:30	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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 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
2025-03-25	15:30	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	