

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ROMERO	ELIANYS DAELYS	30	08	2023	2 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354224683	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN CAYETANO y	096-385-4377 /
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	1354224683	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	2025	11	28
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 2 MESES, CON ANTECEDENTE DE SER OBTENIDA POR CESAREA A LAS 41 SEMANAS DE GESTACIÓN SIN APARENTE COMPLICACIÓN, CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACORDE A SU EDAD, QUE ACUDE CON SU MADRE LA MISMA QUE INDICA QUE HACE APROXIMADAMENTE UN AÑO ATRAS REALIZO LA ALIMENTACIÓN CIANOSIS GENERALIZADA Y LUEGO REALIZO UN VOMITO (CON bronco-aspiración?); Y POSTERIORMENTE REALIZO CUADROS DE CIANOSIS CARACTERIZADO CON MOVIMIENTOS TONICOS - CLONICOS, CON CIANOSIS PERIBUCAL Y DESVIACIÓN DE LA MIRADA, SALORREA ABUNDANTE, POR CUAL ES LLEVADA A EMERGENCIA EN UN STATUS EPILEPTICO, CUADRO CLINICO QUE EMPEZO A CEDER CON MIDAZOLAM Y ANTICOMICIALES DURANTE HOSPITALIZACIÓN, CON ANTECEDENTE FAMILIAR HERMANA MAYOR ES EPILEPTICA; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN Y POSTERIORMENTE VALROACIÓN POR NEUROPEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	11:35	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 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

