

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARFAN	FARFAN	DEYTON JONAS	13	06	2024	0 años, 6 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354421867	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MANUEL DEL JESUS y	099-269-8502 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354421867	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	01	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 6 M DE EDAD ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE, REFIERE QUE NO LE HA PUESTO VACUNAS DE 4 Y 6 M, DEBIDO A QUE POSTERIOR A PONERLE LAS DE 2M PACIENTE PRESENTO CONVULSIONES 30 MIN DESPUES, MO TIVO POR EL CUAL FUE HOSPITALIZADO EN HGND C DONDE PRESENTA NUEVO EPISODIO CONVULSIVO,SE REALIZO ECO TRANSFONTANELAR CON RESULTADOS NORMALES, ID: REACCION ADVERSA A INMUNIZACIONES.EN DOCUMENTO DE ALTA ESPECIALISTA INDICA REFERENCIA A TERCER NIVEL, SIN EMBARGO MADRE REFIERE QUE NUNCA LE DIERON TURNO. AL MOMENTO NO MANIFIESTA NUEVOS EPISODIOS, NO SIGNOS DE ALARMA NI SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA. AP: NR, AF: NR, AQX: NR. SE REALIZA PREUBA DE HEMOGLOBINA: 9.7. ESQ DE VACUNACION: INCOMPLETO, CURVAS ANTROPOMETRICAS: ACORDE A LA EDAD, BUEN PATRON DE CRECIMIENTO. DESARROLLO PSICOMOTOR: DENVER NORMAL. ALIMENTACION: LACTANCIA MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, MADRE REFIERE TENER DIFICULTAD PARA INCLUIR VEGETALES EN LA DIETA. DIURESIS Y DEPOSICIONES: NORMALES. AL EXAMEN FISICO: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA ALTERACIONES ORALES, OROFARINGE: NO ERITEMATOSA, NO EXUDADOS, CUELLO: NO HAY ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, BUENA EXPANSIBILIDAD, RSCS: RITMICOS, NO SOPLOS, CSPS: BIEN VENTILADOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, GENITALES: NORMOCONFIGURADOS, NO LESIONES. EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. AL EXAMEN NEUROLOGICO: REFLEJOS ACORDES A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO TRANSFONTANELAR (HGNDG): HALLAZGOS NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	R568	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-10	00:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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/Área	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
2025-01-10	00:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	