

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	RODRIGUEZ	DOMINIC OWEN	12	07	2024	0 años, 5 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	1354440933	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL CAUCA y	099-001-2442 /
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	1354440933	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	09
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 5 M DE EDAD ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE PADRE, AL MOMENTO PADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA, REFIERE QUE HACE 1 MES DEJARON DE DARLE ANTICONVULSIVANTE (PADRE REFIERE QUE ES LEVETIRACETAM PERO NO ESTA SEGURO) DEBIDO A QUE NO HAN TENIDO CITA DE CONTROL, PACIENTE NO HA PRESENTADO CONVULSIONES, AP: PREMATURO 36 SG, PADRE REFIERE QUE AL PRIMER MES DE VIDA PRESENTO VARIAS CONVULSIONES Y LLEVO CONTROL CON ESPECIALISTA EN PORTOVIEJO (PADRE REFIERE QUE LO IBAN A MANTENER EN CONTROL SIN EMBARGO NUNCA LES DIERON TURNO SUBSECUENTE), HOSPITALIZADO EN OCTUBRE POR SALMONELLOSIS, AF: MADRE VIH, AQX: NR. ESQ DE VACUNACION: COMPLETA, CURVAS ANTROPOMETRICAS: TALLA Y PESO ACORDES A LA EDAD. DESARROLLO PSICOMOTOR: DENVER NORMAL. ALIMENTACION: LACTANCIA CON FORMULA, BUEN APETITO. DIURESIS Y DEPOSICIONES: NORMALES. TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO. AL EXAMEN FISICO: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA ALTERACIONES ORALES, OROFARINGE: NO ERITEMATOSA, NO EXUDADOS, CUELLO: NO HAY ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, BUENA DISTENSIBILIDAD, RSCS: RITMICOS, NO SOPLOS, CSPS: BIEN VENTILADOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, GENITALES: NORMOCONFIGURADOS, TESTICULOS DESCENDIDOS, NO LESIONES. EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. AL EXAMEN NEUROLOGICO: REFLEJOS ACORDES A LA EDAD. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA SEGUIMIENTO DE CASO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELECTROENCEFALOGRAMA REALIZADO EN PORTOVIEJO : RESULTADOS NORMALES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	23:18	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
2025-01-09	23:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	