

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo
BRAYO	MANZARA	LIAM YADIEL	23	10	2024	1 años, 7 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354512459	MANABI	JUNIN	JUNIN	PATAGONIA y	098-262-7398 /
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/Área		
MSP	1354512459	AGUA FRIA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIHO	Consulta externa	Neurología	2026	06	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

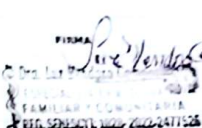
PACIENTE PEDIATRICO DE 1 AÑO 7 MESES DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CRISIS PERDIDA DE CONCIENCIA CON CIANOCIS PERIBUCAL HACE APROXIMADAMENTE 1 MES ATRAS ACOMPAÑADO DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS. (SUGESTIVAS DE CRISIS EPILEPTICAS) AL MOMENTO PCTE CON TRATAMIENTO CON VALCOTE 250 MG / 5 ML DOSIS CADA 12 HORAS (1 ML CAD 12 HORAS) AL EXAMEN FISICO PCTE CON APP DE CRISIS SEGUN REFIERE LA MADRE LE DAN EPISODIOS PARECIDOS DESDE LOS 2 MESES DE EDAD QUE SE MANIFESTABA CON DEVANECIMIENTO EN 2 OCASIONES MAS PCTE QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE NO LE HA DADO LAS CRISIS EPILEPTICAS PCTE CON TRATAMIENTO CON VALCOTE 2 LM CAD 12 HORAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRISIS EPILEPTICAS. TTO VALCOTE 1.5 ML CAD 12 HORAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PSE	DEF
CONVULSIONES EPILEPTICAS	R45		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	11:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUZ VIOLETA MENDOZA CAMPOS	1304278328	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrareferencia o Referencia Inversa a:						
Fecha						
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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	PSE	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
2026-06-16	11:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUZ VIOLETA MENDOZA CAMPOS	1304278328	