

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	ZAMBRANO	JUSTIN GAELE	21	09	2025	0 años, 10 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354705293	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	NA y	099-541-3767 /
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	1354705293	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	consulta externa	Pediatría		2026	07	22
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

Lactante menor de 10 meses de edad es referido a valoración por Pediatría por presentar episodios paroxísticos recurrentes desde los 2 meses de vida, con frecuencia aproximada cada 2 meses, desencadenados por episodios de llanto intenso. La madre refiere que durante los eventos el paciente presenta interrupción del llanto, pausa respiratoria, cianosis y posteriormente movimientos involuntarios de extremidades, con duración aproximada de 2 minutos, con recuperación espontánea posterior, sin somnolencia prolongada ni déficit neurológico aparente. Último episodio ocurrido hace aproximadamente 1 mes. Niega fiebre, traumatismos, ingesta de medicamentos u otros desencadenantes asociados. Al momento de la valoración se encuentra en buen estado general, activo, reactivo, afebril, hemodinámicamente estable, con examen físico general y neurológico sin alteraciones evidentes. Se solicita valoración especializada por Pediatría para confirmación diagnóstica, descartar otras causas de eventos paroxísticos y definir conducta terapéutica.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	11:25	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

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
2026-07-22	11:25	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

