

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	ERICK ARMANDO	05	06	2012	13 años, 11 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1755814454	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	097-861-6812 /
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	1755814454	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	05	08
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

PACIENTE MASCULINO DE 13 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADO DE ABUELA, QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE EPISODIOS CONVULSIVOS A REPETICIÓN DESDE HACE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS, SIN VALORACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA NI CONTROLES PREVIOS. FAMILIAR MANIFIESTA QUE EN LOS ÚLTIMOS MESES HA OBSERVADO EPISODIOS FRECUENTES DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANORMALES, DISTRACTIBILIDAD MARCADA Y PERIODOS DE DESCONEJIÓN DEL MEDIO, LO QUE LE GENERA PREOCUPACIÓN POR POSIBLE ACTIVIDAD NEUROLÓGICA SUBYACENTE. ADEMÁS, REFIERE QUE EL MENOR PRESENTA CEFALÉAS RECURRENTES DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, SIN ESTUDIO PREVIO. NIEGA TRAUMATISMOS RECIENTES, FIEBRE O CONSUMO DE MEDICACIÓN ANTICONVULSIVANTE. DEBIDO A ANTECEDENTE DE CONVULSIONES NO ESTUDIADAS Y PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA ACTUAL, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA Y/O NEUROPEDIATRÍA PARA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, INCLUYENDO ELECTROENCEFALOGRAMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	15:01	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-05-08	15:01	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

