

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FRANCO	PINEDA	ELIERYS SAMANTHA	24	08	2024	1 años, 9 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1762534905	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y CDLA LOS CHOFERES	098-329-9201 /
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	1762534905	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	01
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

LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 9 MESES QUE ACUDE POR PRESENTAR SEGUN MADRE, AL LLANTO RIGIDEZ DE MANOS Y ANTEBRAZO DE VARIOS SEGUNDO DE DURACIÓN QUE NO RESPONDE AL LLAMADO, ACOMPAÑADO EN CIERTAS OCASIÓN DE CIANOSIS INDICANDO QUE AYER REALIZO POR TRES OCASIONES, ADEMAS REFIERE POR OTRA PARTE MOVIMIENTOS TONICOS-CLONICOS SIN CIANOSIS, CON MIRADA FIJA Y DESORIENTADO DE VARIOS SEGUNDOS DE OCASIÓN. AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, ACTIVO, NO COLABORA CON EXAMEN FISICO, IRRITABLE, NO OBEDECE ORDENES NORMALES, CON PESO Y TALLA EN PERCENTIL - 2 (DESDE EL NACIMIENTO); MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN Y DE ACUERDO A CRITERIO MEDICO REMITIR A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	08:54	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

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

