

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	VALENCIA	KATHERIN SAMANTHA	10	08	2025	0 años, 1 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	KASMEV13202508102	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL BEJUCO HACHA y	098-597-3870 /
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	KASMEV13202508102	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	02
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	☐	CONVULSIONES A REPETICIÓN DURANTE 1 MES	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 1 MES Y 22 DÍAS DE EDAD, TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. LA MADRE REFIERE QUE SE ALIMENTA EXCLUSIVAMENTE CON LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. LOS PADRES REFIEREN UN CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR CONVULSIONES RECURRENTES DIARIAS. DESCRIBEN QUE DURANTE LOS EPISODIOS, PRESENTA MOVIMIENTOS DE MANOS, DESVIACIÓN DE LA BOCA Y OJOS ABIERTOS, CON DURACIÓN APROXIMADA DE 1 MINUTO, COMPATIBLE CON CONVULSIÓN FOCAL (PARCIAL). CELULAR 0985973870 - 0979100154

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
2025-10-02	15:00	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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 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
2025-10-02	15:00	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

