

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTESDEOCA	QUIJANO	MARIA GABRIELA	28	03	1982	42 años, 10 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310274996	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LAS VILLAS y	096-761-3775 /
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	1310274996	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	02	20
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

APP DE CISTICERCOSIS CEREBRAL DX HACE 5 AÑOS EN TTO CONTINUO CON AMITRIPTILINA, ACIDO VALPROICO, CLONAZEPAN DUARNATE 2 AÑOS CONSECUTIVOS. PACIENTE PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTIL DE GRAN INTENSIDAD LOCALIZA EN REGION PARIETAL DERECHA SE ACOMPAÑA DE HEMIPARECIA DERECHA, FOTOFOBIA, VISION BORROSA CONVULSIONES ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA 200 MG CADA DIA 8 PM, FLUOXETINA 20 MG CADA DIA MAÑANA 8 AM. SE REALIZA TOMOGRAFIA HACE MAS O MENOS 6 MESES (NO TRAE ESTUDIO). SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGIA POR SINTOMAS ACTIVOS DE EPACIENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITUD DE TAC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTICERCOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	B690		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-20	13:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-02-20	13:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	