

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PONCE	PEDRO GEOVANNY	30	06	1989	36 años, 8 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311385759	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	098-953-4337 /
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	1311385759	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	03	05
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 36 AÑOS DE EDAD CON APP DE ARTROSIS EN TTO CON AINES QUE HACE 3 MESES NO LO TOMA. APF: PADRE DBT, HTA. ABUELO PATERNO CON CA DE PRÓSTATA. ALERGIAS: A LA CIPROFLOXACINA, AQX: A LOS 17 AÑOS DE EXTRAVISMO CONVERGENTE, ARTROSCOPIA HACE 9 AÑOS Y OTRA CIRUGIA DE RODILLA HACE 4 AÑOS, NIEGA HÁBITOS DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS, NO HERBOLARIOS, INMUNIZADO PARA COVID CON 3 DOSIS DE SINOVAC. EN ESTUDIO CON HEMATOLOGIA POR TROMBOCITOPENIA CON DX DE HIPERESPLENISMO Y ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO II. PACIENTE ACUDE A LA CONSULTA POR DEFORMIDAD FACIAL DEL LADO IZQUIERDO DE INICIO SÚBITO HACE 24 HORAS (CON EPISODIO DE 15 MINUTOS DE PERDIDA DE CONCIENCIA) NIEGA DOLOR SIGNIFICATIVO, TRAUMATISMO RECURRENTE O SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS GENERALES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0989534367

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	13:41	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-03-05	13:41	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

