



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP	001414	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1311537821							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Chica	Delia	Monseratte	M	14-09-1984	41	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0984917979		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
13	1315	131550	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
.ADULTA MEDIA 41 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: *CLÍNICOS: HTA DIAGNOSTICADA HACE 20 AÑOS- ACV ISQUEMICO HACE 6 MESES CON INTERNACIÓN EN HOSP NAPOLEONDAVILA POR 15 DIAS- *AGO: G3P0C2A1 FUM 10/12/2024 PARIDAD SATIFECHA- *QUIRURGICOS: 2 CESAREAS- SALPINGECTOMIA HACE 16 AÑOS- *ALERGICOS: NIEGA- *TOXICOLOGICOS: NIEGA-*MEDICACION HABITUAL: TERLMISARTAN + AMLODIPINO 80/10MG VO QD- CARVEDILOL 6.25MG VO BID- ESPIRONOLACTONA TAB 50MG VO QD- CLOPIDOGREL TAB 75MG VO QD- ATORVASTATINA 20MGQD- *AP FAMILIARES: PADRE (+) DM2- MADRE HTA. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL- AL MOMENTO CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA POR HEMIPARESIA A PERDOMINIO CRURAL IZQUIERDA- SEMANTIENE EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA Y CARDIOLOGIA EN HOSP NAPOLEON DAVILA CORDOVA- NO CEFALEAS- NO PERDIDA DEL APETITO- DIURESIS Y CATARSIS POSITIVAS. A LA VALORACIÓN PACIENTE ALERTA- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS- GLASGOW 15/15.- AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Secuelas De Otras Enfermedades Cerebrovasculares Y De Las No Especificadas		I698		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-10	12:08	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO	

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	