



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	Sesme	CS-A	1307266419								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Barberan	Bravo	Lider	Alfredo	H	09-11-1968	57	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
096-288-2740		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							
13	1303	130356	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	
PACIENTE MAS CULINO DE 57 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE HIPERTENS IÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CONLOS ARTÁN 100 MG/DÍA Y ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRÁNS ITO EN MOTOCICLETA HACE APROXIMADAMENTE S IETE (7) AÑOS - ELCUAL DEJó COMO S ECUELA DIS CAPACIDAD FÍS ICA CON LIMITACIÓ N FUNCIONAL Y DÉFICIT MOTOR EN HEMICUERPO IZQUIERDO.ACUDE A CONS ULTA EXTERNA PARA RETIRO DE MEDICACIÓ N CRÓNICA Y VALORACIÓ N MÉDICA. DURANTE LA CONS ULTA REFIERE QUEEN EL ÚLTIMO MES HA PRES ENTADO CEFALEA INTENS A DE LOCALIZACIÓ N OCCIPITAL- DE APARICIÓ N INTERMITENTE Y PROGRES IVA-CON IRRADIACIÓ N HACIA LA REGIÓ N CERVICAL POS TERIOR- DE MODERADA A S EVERA INTENS IDAD- CON ES CAS A O NULA RES PUES TAAL US O DE ANALGÉS ICOS DE US O HABITUAL. AS OCIA EPIS ODIOS OCAS IONALES DE DIS MINUCIÓ N DE LA FUERZA EN AMBOSMIEMBROS S UPERIORES - S IN PÉRDIDA DEL ES TADO DE CONCIENCIA- CONVULS IONES - ALTERACIÓ N DEL LENGUAJE NI INCONTINENCIADE ES FINTERES . ADEMÁS - REFIERE DIFICULTAD CRÓNICA PARA LA MARCHA S ECUNDARIA A LAS S ECUELAS DEL TRAUMATIS MO PREVIO-CON INES TABILIDAD AL DEAMBULAR- CAÍDAS FRECUENTES Y DOLOR PERS IS TENTE EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES - EL CUAL LIMITAS US ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. NIEGA FIEBRE- DOLOR TORÁCICO- DIS NEA- PALPITACIONES - NÁUS EAS - VÓMITOS O ALTERACIÓ NDEL CONTROL DE ES FINTERES . AL MOMENTO DE LA VALORACIÓ N S E ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ES TABLE- AFEBRIL YORIENTADO EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA. DEBIDO A LOS NUEVOS S ÍNTOMAS NEUROLÓGICOS - LOS ANTECEDENTES TRAUMÁTICOSY LA PERS IS TENCIA DE CEFALEA DE CARACTERÍS TICAS ATÍPICAS - S E CONS IDERA NECES ARIA VALORACIÓ N ES PECIALIZADA PORNEUROLOGÍA PARA ES TUDIO COMPLEMENTARIO Y DEFINICIÓ N DE CONDUCTA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
N/A			

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Anormalidades De La Marcha Y De La Movilidad Y Las No Especificadas	R268		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-28	08:16	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313408427				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓ N									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓ N 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	