



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	Chibunga	CS-A	1308074564							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Macias	Moreira	Yenny	Patricia	M	17-06-1977	49	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0982716219		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
13	1303	130354	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria						
			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 FEMENINA CON ANTECEDENTE DE TUMORACIÓN LOCALIZADA EN LA BASE DEL CRÁNEO DE APROXIMADAMENTE 1.5 X 1.5 CM- QUEPRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA HOLOCRAEANA DE TIPO PULSÁTIL- ASOCIADA A NÁUSEAS- VÉRTIGO DURANTE LADEAMBULACIÓN- SENSACIÓN DE PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO Y EPISODIOS RECURRENTES DE AMAUROSIS FUGAZ CON DESTELLOS LUMINOSOS- LOS CUALESINTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES DIARIAS. NIEGA VÓMITOS Y FIEBRE. CUENTA CON ESTUDIOS DE IMAGEN PREVIOS: ANGIO-TACCEREBRAL/ANGIOGRAFÍA: VASCULATURA CEREBRAL- POLÍGONO DE WILLIS- TRONCO BASILAR Y ARTERIAS CARÓTIDAS INTERNAS Y CEREBRALES ANTERIORES YMEDIAS SIN EVIDENCIA DE ESTENOSIS SIGNIFICATIVAS NI ANEURISMAS DE GRAN TAMAÑO. TAC CEREBRAL SIN CONTRASTE: SIN EVIDENCIA DEHEMORRAGIA INTRACRANEAL MASIVA NI DESPLAZAMIENTO SIGNIFICATIVO DE LA LÍNEA MEDIA. PACIENTE PREVIAMENTE EN TRATAMIENTO CONAMITRIPTILINA 12.5 MG NOCTURNA- LA CUAL ACTUALMENTE YA NO RECIBE DEBIDO A FALTA DE DISPONIBILIDAD DEL MEDICAMENTO. TRATAMIENTOANTIHIPERTENSIVO ACTUAL CON ENALAPRIL 20 MG VO EN LA MAÑANA. SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA ESTUDIOINTEGRAL- CORRELACIÓN CLÍNICO- RADIOLÓGICA- MANEJO DE CEFALEA- SÍNTOMAS VESTIBULARES Y ALTERACIONES VISUALES- ADEMÁS DE DEFINIRCONDUCTA TERAPÉUTICA Y NECESIDAD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (CONSIDERAR RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL CON PROTOCOLODIRIGIDO A BASE DE CRÁNEO Y VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA SEGÚN HALLAZGOS). DATOS ACTUALES DE VALORACIÓN SIGNOS VITALESPRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: 132 MMHG PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA: 93 MMHG PRESIÓN ARTERIAL MEDIA: 106 MMHG FRECUENCIA CARDÍACA:80 LPM FRECUENCIA RESPIRATORIA: 19 RPM TEMPERATURA: 36.6 °C SATURACIÓN DE OXÍGENO: 99% DATOS ANTROPOMÉTRICOS PESO: 78.30 KGTALLA: 146 CM IMC: 36.73 KG/M² OBESIDAD GRADO II ANTECEDENTES RELEVANTES HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL- APROXIMADAMENTE 8 MESES DE EVOLUCIÓN. TUMORACIÓN DE BASE DE CRÁNEO EN ESTUDIO. SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS: CEFALEA-VÉRTIGO- ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO Y EPISODIOS DE AMAUROSIS FUGAZ .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Tumor Benigno Del Encefalo Supratentorial	D330		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-08-07	01:05	Luisa	Mendoza	Alcivar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315226454				

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	