

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	ACOSTA	LIGIA BETTY	28	09	1957	68 años, 6 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302038540	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS CHOFERES y AV MARCOS ARAY DUEÑAS	095-998-5719 /
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	1302038540	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	04	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ADULTA MAYOR CON ANTECEDENTES DE HTA, QUE ACUDE POR REFERIR QUE HACE 3 PRESENTÓ CUADRO DE CAFALEA INTENSA DE TIPO PULSATIL, MAS DOLOR EPIGASTRICO TIPO ARDOR Y DOLOR LEVE PRECORDIAL, PARA LO CUAL POSTERIORMENTE SUFRE SINCOPE CON PERDIDA DE CONCIENCIA, FUE TRASLADADA A CENTRO CARDIOLOGICO DONDE REALIZAR CATETERISMO Y ECOCARDIOGRAMA SIN ENCONTRAR MAYORES ANOMALIAS, POR LO QUE SUGIEREN DESCARTAR PATOLOGIA NEUROLOGIA ISQUEMICA, ACTUALMENTE LO QUE LLAMA LA ATENCION ES LA PERDIDA DE LA MEMORIA DEL DIA DEL EVENTO, SE ENCUENTRA CON MEDICACION PRESCRITA POR ESPECIALIDAD MAS CUIDADOS AMBULATORIOS HASTA VALORACION POR ESPECIALIDAD SOLICITADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA ESPECIFICACION	G459	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	15:33	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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

