

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	CARLOS SANTIAGO	14	08	1947	78 años, 1 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300405386	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y SIN NOMBRE	099-837-2987 / (98)-527-2596
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	1300405386	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	09	24
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

SE TRATA DE ADULTO MAYOR DE SEXO MASCULINO .- SE UBICA EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO HACE 4 AÑOS PRESENTO PERDIDA SUBITA DE LA CONCIENCIA POR LO QUE FUE LLEVADO A UNA UNIDAD DE SALUD EN DONDE ESTUVO HOSPITALIZADO POR ALGUNOS DIAS , POSTERIOR A ESO PRESENTA CIERTA DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES Y EN EL HABLA QUE ES PAUSAD Y EN OCASIONES NO SE LE ENTIENDE - TAMBIEN PRESENTO DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN UN LADO - CONTROLA ESFINTERES Y CAMINAR DE BASE ANCHA - ESTA EN TRAMITE PARA CALIFICAR DISCAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE TRATA DE ADULTO MAYOR DE SEXO MASCULINO .- SE UBICA EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO HACE 4 AÑOS PRESENTO PERDIDA SUBITA DE LA CONCIENCIA POR LO QUE FUE LLEVADO A UNA UNIDAD DE SALUD EN DONDE ESTUVO HOSPITALIZADO POR ALGUNOS DIAS , POSTERIOR A ESO PRESENTA CIERTA DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES Y EN EL HABLA QUE ES PAUSAD Y EN OCASIONES NO SE LE ENTIENDE - TAMBIEN PRESENTO DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN UN LADO - CONTROLA ESFINTERES Y CAMINAR DE BASE ANCHA - ESTA EN TRAMITE PARA CALIFICAR DISCAPACIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-24	15:56	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-09-24	15:56	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

