

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | MERA             | ROBERTO CIRINEO | 13                  | 10  | 1941 | 83 años, 11 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        | 1300935903        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CANUTO y CANUTO              | 099-581-8434 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1300935903      | 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    | 23  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ADULTO MAYOR MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD - ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU HIJO ( GREGORIO ZAMBRANO ) CON APP DE HTA TRATADO CON IRBERSATAN 150MG C24H CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL AL MOMENTO DE 130/80MMHG REFIERE CRISIS HACE 5 DIAS CARACTERIZADA POR CEFALEA POSTERIOR - CONVULSIONES - ELEVACION DE PRESION ARTERIAL - PERDIDA DE CONCIENCIA - PARES TESSIA LINGUAL COMO PROBABLE COMPROMISO NEUROLOGICO FOCAL POR CAIDA HACE AÑOS - LE HAN REALIZADO ESTUDIOS DE IMAGEN QUE NO HA TRAI DO A LA CONSULTA Y LE RECOMIENDAN VALORACION POR NEUROLOGIA - SE REALIZA REFERENCIA ----- FAMILIAR COOPERADOR CON INFORMACION PERO NO LOGRA EXPRESAR LO INDICADO EN HOSPITAL - ESTUDIOS DE IMAGEN NO TRAI DOS O NO VISIBLES - TRAE IC DE EMERGENCIA CON POCO INFORMACION E ID NO CONCORDANTES AL RELATO DEL FAMILIAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

''

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SECUELAS DE OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA CABEZA | T908   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-09-23 | 08:59 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 | <div><div>firmado electrónicamente por:<br/><b>DAVID GABRIEL MEZA MONTES</b><br/>validar únicamente con FirmaEC</div></div> |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-09-23 | 08:59 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

SNS-MSP / HCU-form.053 / 2021

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA

Página 2 de 3

