

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	ZAMBRANO	ALFONSO ENRIQUE	24	09	1946	79 años, 7 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301391544	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MALECON 2 y SN	098-806-1281 /
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	1301391544	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	05	21
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 QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA + ACV (2025), CON TTO CON IRBESARTAN 150mg UNA TABLETA A LAS 7am, SIMVASTATINA 20mg UNA TABLETA EN LAS NOCHES, CLOPIDOGREL 75mg UNA TABLETA A LAS 2 pm, GLAUCOMA CON TTO CON KRYTANTEK (DORZOLAMIDA 2%/TIMOLOL 0.5 %/BRIMONIDINA 0.2%) UNA GOTA CADA 12 HORAS , TRAVOPROST UNA GOTA EN OJO DERECHO (OPERADO ??), SECUELA DE ACV, DIFICULTAD PARA LEVANTARSE, PERDIDA DE LA FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES,RIES GO CV A 10 AÑOS: 20% (MUY ALTO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 11 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y EMISIÓN DE ANEXO 02, PARA EMPEZAR PROCESO DE CARNETIZACION DE DISCAPACIDAD. *** 0986136008 - 0993838078 ***
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PERDIDA DE LA FUERZA E HIPOTROFIA DE MIEMBROS INFERIORES, LENGUAJE TROPELOSO.

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
2026-05-21	09:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-21	09:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

