

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	CARVAJAL	TEOFILO ARTURO	24	06	1953	72 años, 8 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302710080	MANABI	CHONE	BOYACA	SN y SN	099-456-3680 /
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	1302710080	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	03	05
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

PACIENTE DE 72 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO LOSARTAN 100 MG EL DIA DE HOY PRESENTA TENSIÓN ELEVADA ADEMÁS DE TENER INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA POR LO QUE SE REALIZA DIÁLISIS TRI SEMANAL EL PACIENTE ACUDE YA QUE REFIERE QUE HACE 4 AÑOS PRESENTO UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR Y AHORA HACE MAS O MENOS 8 DÍAS VIENE PRESENTANDO ADORMECIMIENTO Y HORMIGUEO EN LADO IZQUIERDO POR LO QUE NECESITA VALORACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Ninguno

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	I679		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	15:28	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

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
2026-03-05	15:28	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

