

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MACIAS	ENMA MARIANA	05	11	1955	69 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302743388	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CHONE	099-384-9698 /
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	1302743388	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	09	22
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 FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU HERMANA PARA CONTROL DE SU HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA. REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES PRESENTÓ PARÁLISIS FACIAL DE INICIO SÚBITO, LA CUAL FUE ATENDIDA EN URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE DURÁN. EN DICHA OCASIÓN, NO FUE INGRESADA Y SOLO SE LE ENVÍO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA CONTINUAR EN CASA, SIN OFRECER SEGUIMIENTO NI TERAPIA REHABILITADORA POSTERIOR. DESDE EL EPISODIO, LA PACIENTE PRESENTA DIFICULTAD PARA COMER DEBIDO A LA AFECTACIÓN DE LOS MÚSCULOS FACIALES, ASÍ COMO ALTERACIÓN EN EL HABLA (DISARTRIA). ADEMÁS, REFIERE DIFICULTAD PARA CERRAR EL OJO DERECHO DE MANERA ADECUADA Y EXPERIMENTA PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD EN EL LADO DERECHO DE LA CARA. A SU VEZ SE OBSERVA ASIMETRÍA FACIAL, IMPOSIBILIDAD DE CERRAR EL OJO DERECHO, PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD EN EL HEMICUERPO DERECHO, Y PTOSIS EN EL PÁRPADO IZQUIERDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	I698	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	11:22	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2025-09-22	11:22	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

