

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOROZABEL	SOLORZANO	MARIA MATILDE	20	02	1945	80 años, 8 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303266587	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y CDLA JULIA GONZALEZ	098-417-3892 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1303266587	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	11	07
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

FEMENINA DE 80 AÑOS DE EDAD, APP: TEMBLOR ESENCIAL, DM (INSULINA 30 UI AM Y 30 UI PM), HTA (LOSARTAN 50MG AM Y LOSARTAN 50MG PM). PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADO DE FAMILIAR PORQUE PRESENTÓ HACE 7 DÍAS CUADRO DE PERDIDA DE CONCIENCIA, RIGIDEZ GENERAL, FAMILIAR REFIERE QUE NO REACCIONABA NI RESPIRABA DURANTE 3 MIN, FUE LLEVADA A A EMERGENCIA H.N.D.C. DONDE REFIERE QUE LE REALIZARON TAC Y SE EVIDENCIA ISQUEMIA CEREBRAL NO ESPECIFICADA. NO ES INTERNADA COMO RECOMENDACIÓN DE MEDICO RESIDENTE. PACIENTE AL MOMENTO TIENE PERDIDA DE MEMORIA DE CORTO PLAZO, DOLOR POLIARTICULAR, ASTENIA. ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD

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
2025-11-07	14:24	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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