

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CENTENO	DUEÑAS	NOLBERTO TRAJANO	10	09	1961	63 años, 3 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303596231	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MALECON 5 DE MARZO y	098-028-4924 /
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	1303596231	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	2024	12	16
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 63 AÑOS ACUDE CON REFERENCIA INVERSA HNDC, APP HIPERTENSION ARTERIAL, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, REFIERE QUE EL 14 DE OCTUBRE PRESENTÓ DESVANECIMIENTO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO POR UNOS 15 MINUTOS APROXIMADAMENTE, CON TRASTORNO DEL LENGUAJE (DISARTRIA Y DISLALIA) SIN CAUSA APARENTE, FUE INGRESADO EN EL HNDC POR 8 DÍAS EN EL ÁREA DE UCI, LE DIERON TRATAMIENTO PARA CUADRO DE CRISIS DE EPILEPSIA, (BISOPROLOL 1.25 mg 8 AM, ATORVASTATINA 80 mg VO 7PM, TOPIRAMATO 100 mg VO 7 PM, ADEMÁS REFIERE QUE EN ABRIL DEL AÑO 2022 PRESENTÓ EL MISMO CUADRO CLÍNICO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO DE 35 MINUTOS APROXIMADAMENTE EN LA QUE DIAGNOSTICARON INFARTO CEREBRAL. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA (CABEZA) CON FECHA 15/10/24. REPOSA EN EL HNDC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-16	11:47	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

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
2024-12-16	11:47	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

