

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	BUSTAMANTE	ANGEL ROBERTO	07	06	1961	64 años, 8 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303833923	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GUABAL y	095-904-9614 /
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	1303833923	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	03	03
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 CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO ACTUAL CON LOSARTAN 100MG VO QD, CLOPIDOGREL 75MG VO QD, CITICOLINA 500MG VO QD, ATENOLOL 50MG VO QD, AMLODIPINO 10MG VO QD. CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE PRODUJO HEMIPLEJIA DERECHA. LEVE DISARTRIA, CURSA CON MARCHA GUADAÑA. SE REALIZO PARACLINICOS DONDE SE EVIDENE EN EKG: BRADICARDIA SINUSAL, ONDA T NEGATIVA EN VARIAS DERIVACIONES(AVL, V2, V3 V4 , V5) EXAMENES DE LAB DONDE SE EVIDENCIA HIPERTRIGLICERIDEMIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: BIOMETRIA HEMATICA: LEUCOS:7.3 GR: 5.93 HB: 15.8 HCTO: 45.3 PLAQ: 261 UREA: 25 GLUCOSA: 98, CREAT: 0.83 AC URICO: 7.5 COLESTEROL TOTAL: 197 HDL: 45 LDL: 137 TRIGLICERIDOS: 351 TGO: 28 TGP: 17 TSH: 4.48

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	I693		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	11:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-03-03	11:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	