

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	HOLGER BEATRIZ	03	06	1963	62 años, 8 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304178401	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	JUAN GREIS y	098-436-4622 /
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	1304178401	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	02	19
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 62 AÑOS DE EDAD, SEXO MASCULINO CON ANTECEDENTE DE HPB , FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE 1 MES 19 DIAS PRESENTO CONTUSION EN REGION OCCIPITAL POR CAIDA DE SU PROPIA ALTURA EEEEEEEEEEEU CASA, FAMILIAR ENCONTRO A PACIENTE EN EL PISO CON PERDIDA DE CONCIENCIA DE APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS ADEMÁS NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO EN 6 OCACIONES DE CONTENIDO ALIMENTICIO ACOMPAÑADO DE EPISTAXIS DE MINIMA CANTIDAD POR LO QUE FUE HOSPITALIZADO EN CLINICA PARTICULAR TRANSFERIDO POR EL SEGURO SE LE REALIZA TAC DE CRANEO EN LA QUE SE EVIDENCIA HEMORRAGIA INTRACEREBRALEN HEMISFERIO, AL MOMENTO PACIENTE NO CORDINA LAS IDEAS , , NO ORIENTADO EN EL TIEMPO, ADEMÁS MAREOS Y DESVASNECIMIENTOS SOMNOLENCIA, POR LO QUE FAMILIAR SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO NEUROLOGO 0984363986 - 0995594997

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	I691		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	09:57	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2026-02-19	09:57	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

