

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CEVALLOS	KENNEDY OLIVIO	15	12	1963	62 años, 1 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304254400	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-909-1771 /
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	1304254400	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	10
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 APP DE HTA Y DM2 EN TTO CON LOSARTAN 100 MG + METFORMINA 5400 MGQD QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PÉRDIDA DE CONCIENCIA DE HASTA 2H UNA DE ELLAS RELAJA ESFINTER VESICAL, PACIENTE NO INFORMA SOBRE MOVIMIENTOS TÓNICOS CLÓNICOS, NO TRAE A FAMILAR QUE CUENTE MAYOR DATO, AL EX FISICO GLASGOW 15/15 SIN EMBARGO PÀCIENTE SE NOTA CON LIGERA BRADICINESIA, DEPENDIENTE PARA TODAS SUS ACTIVIDADES, SE INTENTA REALIZA ESTUDIO DE IMAGEN PREVIO REF NEUROLOGÍA SIN EMBARGO MSP E IESS CHONE PRESENTA AVERIADO LOS APARATOS. POR LO CUAL SE DERIVA PARA NEUROLOGÍA. 0968523150. EKG REPORTA r MELLADA EN DII.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE INTENTA REALIZA ESTUDIO DE IMAGEN PREVIO REF NEUROLOGÍA SIN EMBARGO MSP E IESS CHONE PRESENTA AVERIADO LOS APARATOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINCOPE Y COLAPSO	R55X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-02-10	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

