

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO		ANGEL VICTORIANO	06	07	1950	75 años, 9 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	1304586264	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 9 DE OCTUBRE y	098-938-5580 /
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	1304586264	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	22
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	☐	SEGUIMIENTO Y CONTROL	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA CON HIJA (FLOR ZAMBRANO). MEDICACION HABITUAL: QUETIAPINA, VASOACTIN PLUS (NIMODIPINO 30MG + CITICOLINA 100MG) Y SERTRIALINA. PACIENTE CON AQX: BOTON DE GASTROSTOMIA (HACE 1 AÑO APROX) TRAQUEOTOMIA, AA: NIEGA, APP DE ACV HEMORRAGICO HACE APROX 1 AÑO, MOTIVO POR EL CUAL ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL NAPOLEONDAVILA CORDOVA, PACIENTE CON SECUELAS AL MOMENTO HEMIPLEJÍA DERECHA, AFASIA GLOBAL, SIN CONTROL DE ESFINTEREZ Y DESORIENTACIÓN, CON LIMITACION DE MOTIVILIDAD Y NECESIDAD DE TERCEROS PARA PODER REALIZAR SU ACTIVIDAD BASICA. PACIENTE TIENDE A LA HIPOTENSION AL MOMENTO DE LA CONSULTA (78/54MMHG). FAMILIAR REFIERE NECESITA REFERENCIA CON NEUROLOGIA PARA CONTROL, SEGUIMIENTO Y SOLICITUD DE CARNET DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	I679		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	08:25	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-04-22	08:25	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

