

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	PIN	EIDA LEOVIGILDA	16	05	1962	64 años, 1 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304718933	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO COPETON y SN	095-890-5891 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304718933	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	06	23
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 ADULTA MAYOR DE 64 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD TAMBIEN EN TRATAMIENTO CON SIMVASTATINA 40 MG POR ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS, EL CUAL REQUIRIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO PRESENTA NUEVAMENTE CEFALEAS INTENSAS, DE CARACTERÍSTICAS NO ESPECIFICADAS, CON PERIODICIDAD VARIABLE. ADEMÁS, SE REPORTA ALTERACIÓN EN EXÁMENES DE LABORATORIO RECIENTES. POR LO ANTERIOR, SE CONSIDERA PACIENTE QUE REQUIERE CONTROL ESTRICTO, SE SOLICITA SEGUIMIENTO MÉDICO CONTINUO Y REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA EVALUACIÓN COMPLETA, DESCARTE DE NUEVA PATOLOGÍA NEUROLÓGICA Y AJUSTE DE MANEJO- 0962887794

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	10:13	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-23	10:13	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

