

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MEJIA	FATIMA RAMONA	14	01	1953	73 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304906454	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA GONZALEZ y 099-220-3841 / (05)-269-7550
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	1304906454	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	05	28
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 FEMENINO DE 73 AÑOS DE EDAD *** APP: HTA (ENALAPRIL 10 MG) + PARALISIS FACIAL + LITIASIS RENAL *** APF: ABUELO (DM II) *** APQ: NR ****A: NR ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARALISIS FACIAL DE LADO DERECHO ACOMPAÑADO DE CEFALEA HEMICRANEANA INTENSA TIPO PUNZANTE LADO DERECHO EVA 10/10 PREDMINIO DE LOCALIZACION RETORACURICULAR Y EPIFORA SIN PRESENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS. NO HUBO PERDIDA DE COCOCIMIENTO. NIEGA ALERGIAS. *** PACIENTE REFIERE QUE SE TOMO LA MEDICACION ANTES DE AYER Y SINTIO UN CAMBIO A NIVEL FACIAL *** FAMILIAR COMENTA VISUALIZAR EL DIA DE AYER EDEMA FACIAL Y PALPEBRAL, SIN MENCIN DE EDEMA A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES **** TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PERDIDA DE INERVACIN DE HEMICARA DERECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	10:27	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-05-28	10:27	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

