

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MENDOZA          | DEFAZ            | JULIETA GENY | 09                  | 01  | 1968 | 57 años, 9 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        | 1305126227        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | 24 DE MAYO y                 | 099-584-6082 /       |
| 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                 | 1305126227      | 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   | 2025  | 10  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 57 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE OSTEOARTROSIS EN TRATAMIENTO, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR QUE HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES A PRESENTADO DIFICULTAD PARA LA VISIÓN Y QUE A PESAR DE QUE HA IDO A MEDICO OFTALMOLOGO NO HA PRESENTADO MEJORÍA ENCUANTO A LOS ERRORES DE REFRACCIÓN, ESTUVO CON MEDICO ESPECIALISTA LUEGO DE REALIZAR EXAMEN NEUROLÓGICO EN DONDE INDICA PACIENTE QUE PRESENTÓ AUSENCIA DE REFLEJO ROTULIANO EN PIERNA IZQUIERDA, EL MÉDICO LE REALIZA TOMOGRAFIA EN HOSPITAL EN DONDE EL LE INDICO QUE ESTABA TODO NORMAL, PACIENTE QUE REFIERE QUE SU MOLESTIA A VECES SE PRESENTA, MOLESTIA (DIPLOPIA VERTICAL), AL MOMENTO PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 SEMANA ELLA PRESENTO CEFALEA DE TIPO PULSATIL DE ORIGEN SUBITO QUE LE IMPEDÍA EL MOVIMIENTO DICHA CEFALEA FUE EN REGION OCCIPITAL, SIN OTRO SINTOMA ACOMPAÑANTE (NO VERTICOS, NO FOTOSENCIBILIDAD, NO SENSACIÓN DE HORMIGUEOS) SOLO DOLOR EN ESCALA DE DOLOR 20/10, ESE EPISODIO DURO MAS O MENOS MEDIA HORA, TOMÓ ANALGÉSICOS Y LA CEFALEA BAJO DE INTENSIDAD, REFIERE QUE LUEGO DE ESO ELLA SINTIÓ CANSANCIO, MAS SUEÑO INTENSO, LUEGO EN LA MADRUGADA REFIERE QUE PRESENTO PTOSIS PARPEBRAL LA CUAL FUE TRANSITORIA, CON CEFALEA DE INTENSIDAD LEVE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS | I698   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-16 | 10:18 | Medicina General | ANA JULIA SORNOZA MENDOZA | 1311651622 | <div><div>Firmado electrónicamente por:<br/>ANA JULIA SORNOZA<br/>MENDOZA<br/><small>Validar únicamente con FirmaBC</small></div></div> |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

