

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	ZAMBRANO	REYES AQUILES	20	01	1965	60 años, 2 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305150789	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	WALTON GARCIA y WALTON GARCIA	000-000-0000 /
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	1305150789	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	03	21
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 MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON APP : HTA EN TTO CON LOSARTAN 50 MG VO QD (DESDE HACE 4 AÑOS) DERRAME CEREBRAL (HACE 4 AÑOS), APF: HIJA CON DM II, ALERGIAS: NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE ESPOSA POR REFERIR CUADRO CLINICO HACE 1 SEMANA QUE CURSA CON EPISODIO CONVULSIVO TONICO-CLONICO SEGUN DESCRIBE FAMILIAR, NO REFIERE DURACION DEL MISMO Y SE ACOMPAÑA DE PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, DESVIACION DE COMISURA LABIAL HACIA LA IZQUIERDA, AFASIA, HEMIPARESIA DERECHA, PRECEDIDO POR TINNITUS Y CEFALEA, REFIERE ACUDIR POR EMERGENCIAS, EN DONDE COLOCAN MEDICACION IV FAMILIAR NO RECUERDA NOMBRE, BRINDAN PAUTAS CON SIGNOS DE ALARMA Y ENVIAN A CASA CON TRATAMIENTO CON CLORTALIDONA 50 MG Y ASPIRINA NO INDICA DOSIS . REFIERE QUE PESE A ESO, HACE 4 DIAS PRESENTA TINNITUS , CEFALEA INTENSA, Y VISION BORROSA, REFIERE HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, REQUIERE VALORACION POR NEUROLOGIA PARA VALORACION, ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE CAUSA DEL ACV.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

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
2025-03-21	08:35	Medicina Rural	ODALLYS CECIBEL ZAMBRANO MACIAS	1311962367	

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 clínico

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
2025-03-21	08:35	Medicina Rural	ODALLYS CECIBEL ZAMBRANO MACIAS	1311962367	

