

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ROMAN            |                  | PEDRO EDILBERTO | 27                  | 05  | 1962 | 63 años, 1 meses, 14 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306048115        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | POTRERILLO y                 | 098-092-5874 /       |
| 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                 | 1306048115      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2025  | 07  | 11  |
| 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 63 EDAD, APP: HTA. PACIENTE CON PRESUNTO ACV HACE 2 MESES DEBIDO A CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DIFICULTAD DE LA MOVILIDAD DE EXTREMIDADES DE LADO DERECHO, DIFICULTAD PARA PODR COMER Y SOSTENER OBJETOS CON SU MANO DERECHA, PACIENTE FUE DIAGNOSTICADO POR OFTALMOLOGA DE PARALISIS DEL SEPTIMO PAR CRANEAL, SE SOLICITA REFERENCIA CON NEUROLOGIA PARA MEJOR VALORACION DEL PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS DEL NERVIIO FACIAL | G518   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL               | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-11 | 10:47 | Medicina Rural | DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO | 1310838980 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-11 | 10:47 | Medicina Rural | DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO | 1310838980 |       |