

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |                |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| SALTOS           | ALCIVAR          | MARCOS ANTONIO | 01                  | 04  | 1971 | 54 años, 5 meses, 21 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                                           |                     |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------------------|---------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                 | No Telefónico       |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306348341        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MANUEL DE JESUS ALVAREZ y WILFRIDO VITERI | 099-580-0523 /      |
| 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                 | 1306348341      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

|                     |                                          |  |                  |              |       |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 09  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 54 AÑOS, APP: HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA HACE 2 AÑOS. PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADO DE ESPOSA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR MANTENER PRESIONES ELEVADAS, 150/90 SEGUN REFIERE LA ESPOSA. ESPOSA REFIERE QUE LA MOMENTO DUERME CON NORMALIDAD, NO HA PRESENTADO TRASTORNOS AGRESIVOS, PACIENTE DESPUES DEL ACCIDENTE HA PRESENTADO AMNESIA A LARGO Y CORTO PLAZO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMNESIA A CORTO Y LARGO PLAZO POSTERIOR A EVENTO TRAUMATICO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------|--------|-----|-----|
| AMNESIA RETROGRADA | R412   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-22 | 14:35 | Medicina Rural | DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ | 1350190912 |       |

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