

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	MONTESDEOCA	GEANNY BINICIO	08	08	1967	58 años, 1 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306456482	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLANARANJOS 1 y SN	098-147-7202 /
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	1306456482	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	09	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 MACULINO DE 58 AÑOS CON APP DE HTA EN CONTROL CON LOSARTAN 100MG + AMLODIPINO 5 MG QD, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ANEURISMA EN LA BIFURCACION DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA EMBOLIZADO EN EL 2023 TRAE INFORME QUE MUESTRA LESION ISQUEMICA DEL TERCIO POSTERIOR PARIETAL DERECHO CON INVOLUCION CIRTICAL, TRAE CERTIFICADO QUE MUESTRA QUE DEBE ESTAR EN CONTROLES PERIODICOS CON NEUROLOGIA, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEURISMA CEREBRAL, SIN RUPTURA	I671		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	 DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls.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
2025-09-11	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	