

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	TRIVINO	ABEL ALEJANDRO	01	02	1940	85 años, 8 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306686096	MANABI	CHONE	RICAUORTE	PAVON VIA A QUITO y CURVA DE PIEDRA AZUL	999-999-9999 / (00)-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	1306686096	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	10	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 85 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU HIJA, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR INSOMNIO Y CEFALEA PERSISTENTE QUE NO CEDE CON MEDICACIÓN, DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCIÓN. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: EVENTO CEREBROVASCULAR EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO, POSTERIOR AL CUAL PRESENTA SECUELAS MOTRICES QUE LE IMPIDEN CAMINAR SIN APOYO, ASÍ COMO CAMBIOS DE HUMOR FRECUENTES. NIEGA FIEBRE, NÁUSEAS, VÓMITOS O ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN PERSONA Y LUGAR, AFEBRIL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, MUCOSAS HÚMEDAS, TÓRAX SIMÉTRICO CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS. NEUROLÓGICO: FUERZA DISMINUIDA EN EXTREMIDADES INFERIORES, CAMINA CON APOYO, REFLEJOS CONSERVADOS, SIN SIGNOS DE MENINGISMO. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN Y MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	I693	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-17	11:16	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-17	11:16	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	