

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PULIDO	MERO	MARIBEL	23	12	1973	51 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307238905	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA BOYACA y	099-068-7963 /
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	1307238905	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	03	18		
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 FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA, CON ANTECEDENTE DE HABER ESTADO HOSPITALIZADA POR INSUFICIENCIA ADRENAL CENTRAL/ SINDORME DE SHEEHAN PRESUNTIVO. AL EXAMEN FISICO PACIENTE NO TIENE CONTROL CERVICAL, MANTIENE SU CBEZA APOYADA SOBRE SU TRONCO, TIENE DIFICULTAD A LA MARCHA, HERMANA DE PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 5 AÑOS DESPUES DE PARTO Y HEMORRAGIA POSPARTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTUDIO DE RESONANCIA DEL 2024

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		G968	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	15:37	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	 Firmado electrónicamente por: DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-03-18	15:37	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	