

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RESABALA	LOOR	PILAR DEL ROCIO	21	10	1970	54 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307243863	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ELOY ALFARO y	098-502-7972 /
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	1307243863	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2024	11	07
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

MUJER DE 54 AÑOS CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL, MIGRAÑA Y PARALISIS DE BELL HACE 8 AÑOS APQ; APENDICEPTOMIA, EXTRIPACION DE QUISTES DE OVARIOS EN 2 OCACIONES, COLECISTECTOMIA, SALPINGECTOMIA BILATERAL, ALERGIA NIEGA, APF, MADRE CON HIPERTENSION, PADRE (+)IAM ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION DE DOLOR EN OIDO IZQUIERDO DE EVA DE 7/10 QUE SE IRRADIA EN HEMICARA IZQUIERDA ACOMPAÑADA DE PARESTESIA Y ADORMECIMIENTO, REFIERE QUE DOLOR ES DE APARICION REPENTINA Y DISMINUYE AL USO DE ANALGESICOS, TAMBIEN REFIERE DOLOR Y SENSIBILIDAD TIPO CORRIENTE AL CEPILLARSE LOS DIENTES. COMO TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO TELMISARTAN 80MG/HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG Y MIGRAÑA AMITRIPTILINA 12,5MG HOY CON PERSISTENCIA DE DOLOR Y PARESTESIA ALERTA Y ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRATAMIENTO NIMODIPINO 60MG VO QD AMITRIPTILINA 12,5MG VO QD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL NERVIIO FACIAL, NO ESPECIFICADO	G519	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	09:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2024-11-07	09:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

