

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALAVA	MERCEDES ROSARIO	24	09	1978	46 años, 5 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307779338	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CAMARONES y SITIO CAMARONES	099-851-9191 / (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	1307779338	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	03	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	☐	SOSPECHA DE ECV	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 46 AÑOS DE EDAD. APP: PARALISIS FACIAL HACE 4 AÑOS. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, DEBILIDAD GENEREALIZADA, PARESTESIA DE HEMICUERPO DERECHO, FOTOPSIAS, MENCIONA QUE CUADRO CLINICO APARECIO DE MANERA REPENTINA POR LO QUE ACUDIO A MEDICO PARTICULAR EN DONDE LE DIJERON QUE HABIA PRESENTADO UN EVENTO CEREBROVASCULAR. AL EXAMEN FISICO NO SE OBSERVAN SECUELAS. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REFIERE A ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	I679		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	08:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJIJE	1313436931	

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
2025-03-17	08:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJIJE	1313436931	

