

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MENDOZA	DIGNA DOLORES	17	10	1971	53 años, 5 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308604709	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA BASURTO y SN	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1308604709	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		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 53 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) HACE 20 DÍAS. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA). NO REFIERE ALERGIAS. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL POSTERIOR AL ACV, (REFIERE QUE FUE TRATADA POR MEDICO PARTICULAR) ACUDE EN COMPAÑÍA DE SOBRINO, ACUDEN CON EL FIN DE EVALUAR SU ESTADO NEUROLÓGICO ACTUAL. REFIERE HABER TENIDO SÍNTOMAS AGUDOS EN EL MOMENTO DEL ACV, PERO ACTUALMENTE PRESENTA MEJORÍA PARCIAL EN SU ESTADO GENERAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. SE LE REALIZA REFERENCIA DR NAPOLEON DAVILA CHONE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	15:52	Medicina Rural	KERLLY MARIA DELGADO RAMIREZ	1313682682	

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	15:52	Medicina Rural	KERLLY MARIA DELGADO RAMIREZ	1313682682	