

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	MOLINA	JOSEFA MAGALI	19	03	1978	48 años, 2 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309432811	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDA MAGALI VERA y	999-999-9999 / (99)-999-9999
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	1309432811	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	05	21
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 47 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA PARA CARDIOLOGÍA Y NEUROLOGÍA, DEBIDO A ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE ANEURISMA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PREVIAMENTE TRATADOS Y EN SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA (HGNDV). DURANTE LA ANAMNESIS , NO PRESENTA ALTERACION. SE CONSIDERA PERTINENTE LA REFERENCIA AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y CONTINUIDAD DE SEGUIMIENTO, DEBIDO A ANTECEDENTE DE ANEURISMA CEREBRAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR ESTADO NEUROLÓGICO ACTUAL, RIESGO DE COMPLICACIONES Y NECESIDAD DE CONTROL IMAGENOLÓGICO O AJUSTE TERAPÉUTICO SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEURISMA CEREBRAL, SIN RUPTURA	I671		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	10:34	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-05-21	10:34	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

