

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELIZ            | MACAY            | MARIA EUGENIA | 02                  | 04  | 1976 | 50 años, 0 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        | 1309566543        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV MARCOS ARAY DUEÑAS y EL ROSAL | 098-838-5521 /      |
| 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                 | 1309566543      | 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   |  | 2026  | 04  | 23  |
| 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 FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA HOLOCRANEANA DE TIPO OPRESIVO, QUE SE IRRADIA HACIA ZONA CERVICAL. ADEMÁS REFIERE DISURIA, TENESMO VESICAL, URGENCIA MICCIONAL. NIEGA ALZA TERMICA. INDICA SEGUIENTO EN HNDC POR NEUROLOGIA POR ANSIEDAD. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO | F419   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                        |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-23 | 09:14 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |  FIRMA<br>Firmado electrónicamente por:<br>MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-23 | 09:14 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |