

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	CAICEDO	SANDRA YASMINA	21	08	1979	46 años, 8 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309636205	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE ROCAFUERTE y	096-955-6510 /
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	1309636205	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	06
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 CON ANTESCEDENTE DE ASMA + COVID 19 + CIRUGIAS EN AMIGDALAS HACE 2 AÑOS Y DE UTERO HACE 10 AÑOS POR PLACENTA PREVIA, MENCIONA QUE PRESENTA INFECCIONES VAGINALES RECURRENTES. PERO LO QUE MAS LE LLAMA LA ATENCION ES PERDIDA DE MEMORIA RETROGRADA Y ACTUAL. MAS SENSACION DE HORMIGEO EN ROSTRO DEL LADO IZQUIERDO Y DOLOR SOLO EN EL LADO IZQUIERDO, MENCIONA QUE TIENE FATIGA AL SUBIR ESCALERAS, DIFICULTAD AL RESPIRAR. DOLOR EN TORAX. EN BRAZO, PIERNA Y PIE IZQUIERDO. MAS VISION BORROSA EN OJO IZQUEIRDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY PERDIDA DE FUERZA EN MIEBROS SUPERIOR NI EN INFERIOR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS	M792		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	10:21	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-05-06	10:21	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	