

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	FERNANDEZ	JOSE LUIS	23	09	1978	46 años, 5 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309785606	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y SN	099-058-0213 /
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	1309785606	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / 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 resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

APP: ACCIDENTE LABORAL HACE 25 AÑOS PRESENTANDO FRACTURA DE CRANEO (CAIDA DE PIEDRA DE 6 METROS DE ALTURA). CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD A NIVEL OCCIPITAL DERECHO ACOMPAÑADO DE MASA MOVIL DE MAS O MENOS 3 CM DE DIAMETRO EN LA CUAL HA AUMENTADO DE TAMAÑO DESDE HACE 2 AÑOS DE EVOLUCION, EL DOLOR SE MANTIENE, IMPIDE CONCILIAR EL SUEÑO. PACIENTE REFIERE QUE EN OCASIONES MASA SE DISMINUYE O AUMNETA DE TAMAÑO DE MANERA ESPORADICA. PRESENTA COMPROMISO DE DOLOR OCCIPITAL QUE SE IRRADIA A REGION DE CUELLO DERECHO, SINTOMAS ACOMPAÑANTES, MAREO, DEBILIDAD ASTENIA PESADEZ DE MIEMBROS INFERIORES. SIGNO DE ROMBER ++ HACIA LA IZQUIERDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC CEREBRAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA	R220	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	11:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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	11:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

