

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	HOLGUIN	NARCIZA MONSERRATE	28	09	1982	43 años, 9 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309856050	MANABI	JUNIN	JUNIN	BALSA TUMBADA y	098-646-6120 /
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	1309856050	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	07	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 43 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MARZO DEL 2020 CON CONTUSION CEREBRAL EN ESE MOMENTO Y CON CEFALEA INTENSA DESDE ESE MOMENTO, ACUDE POR HABER PRESENTADO EL DIA DE AYER CAIDA EN MOTO POR ACELERACION Y CON GOLPE EN LA ESPALDA Y LA CABEZA, SE ENCUENTRA CON DOLOR DE CABEZA Y DESVIACION DEL CUERPO POR PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR Y DESEQUILIBRIO DE ESE LADO. NO VOMITOS, FOTOFOBIA Y DOLOR EN EL OIDO DERECHO, NO PERDIO EL CONOCIMIENTO, NO RELAJACION DE ES FINTERES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DISMINUCION DE FUERZA MUSCULAR, CON PERDIDA DEL EQUILIBRIO HACIA EL LADO DERECHO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-07-21	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	