

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | MUÑOZ            | KLEVER JAVIER | 03                  | 08  | 1981 | 43 años, 7 meses, 14 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309860870        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL PUEBLITO y                | 098-293-3823 /       |
| 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                 | 1309860870      | 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 |  | 2025  | 03  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad     |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE APF PADRE HTA CIRUGIAS NO REFIERE ALERGIAS NO REFIERE. PACIENTE ACUDE ALCENTRODE SALUD POR SEGUIMIENTO DE SINTOMAS POST POLITRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO. PARA SOLICITAR SEGUIMIENTO CON EL SERVICIO DE NEUROLOGIA. PACIENTE SUFRIO POLITRAUMATISMO EL 24 DE FEBREO DEL PRESENTE AÑO DONDE LA FAMILIA LO ENCOTRO INCONSCIENTE LO LLEVARON AL HOSPITAL Y LO REFIRIERON DIRECTAMENTE AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EN PORTOVIEJO SE ENCONTRABA SOMNOLIENTO ALIENTO SUGESTIVO DE ALCOHOL NO RECORDABA LO SUCEDIDO Y PRESENTABA HEMATOMAS EN CARA Y EDEMA FACIAL. FUE INTERNADO POR 9 DIAS Y ATENDIDO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y NEUROLOGIA LUEGO DADO DE ALTA. PACIENTE PRESENTA ADEMAS TOMOGRAFIA DE CRANEO REVISADA YA POR NEUROLOGIA NO SE EVIDENCIA REQUERIMIENTO DE INTERVENCION QUIRURGICA. EL DIA DE HOY PACIENTE PRESENTA MAREOS CEFALEA INTENSA, DOLOR RETROOCULAR EVA 10/10. A SU VEZ PRESENTA GLOBO OCULAR IRRITIDO INFLAMADO PRESENCIA DE LEVE EDEMA, FOTOFOBIA, PERDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL MONOCULAR IZQUIERDA. SENSACION DE FALTA DE AIRE QUE AUMENTA EN LAS NOCHES LO QUE LE DIFICULTA CONSILIAR EL SUEÑO. MEDICACION HABITUAL TOBRADEX SOLUCION OFTALMICA. SE SOLICITA ATENCION EN SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC

5. Diagnóstico

| Diagnóstico               | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------|--------|-----|-----|
| EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO | S061   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-17 | 10:37 | Medicina Rural | CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE | 1313827808 |       |

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 | 10:37 | Medicina Rural | CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE | 1313827808 |       |