

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MENDOZA	JEFFERSON JOSE	30	03	1981	44 años, 9 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310200769	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-716-2834 /
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	1310200769	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	01	28
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 MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD *** APP: TUMOR BENIGNO EN CEREBRO *** APF: NR *** APQ: EXERESIS DE TUMOR BENIGNO A NIVEL CEREBRAL ***AA: NR ***** ACUDE A CENTRO MEDICO POR CONTROL INTEGRAL Y REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA CONTROL Y ORDEN DE RESONANCIA CEREBRAL, PACIENTE MANIFIESTA QUE LE DETECTARON DESPUÉS DE HABER ESTADO JUGANDO FUTBOL, PROPORCIONADO UN GOLPE A LA PELOTA CON LA CABEZA PARA LUEGO EXPERIMENTAR DEBILIDAD DEL LADO IZQUIERDO DEL CUERPO, POR LO QUE ACUDIÓ CON NEURÓLOGO QUE LE DETECTA LA MASA A NIVEL DE PARIETAL DERECHO Y SE PROCEDE A RETIRAR. DX BENIGNO. LE RECETAN CARBAMAZEPINA 200 MG CADA NOCHE Y UN SUPLEMENTO VITAMINICO. ***** PACIENTE REFIERE PROBLEMAS DE MEMOORIA A CORTO PLAZO. NIEGA CONVULSIONES NIEGA ALZA TERMICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN SISTEMA HNDC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SITIO NO ESPECIFICADO	D339		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	16:31	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	



Maria Jose Meza
Cusme

Time Stamping
Security Data

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
2026-01-28	16:31	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

