

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CHICA	RAMONA ISABEL	30	08	1983	42 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310624877	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MARANATHA y SN	000-000-0000 / (98)-031-3037
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	1310624877	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	06	10
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 42 AÑOS ACUDE REFIRIENDO PERDER CITA CON NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA 1/06/2026 15H30 SOLICITANDO NUEVA REFERENCIA PARA CONTROL SUBSECUENTE POR ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA LACUNAR INTERNADA EL 3/11/2025 EGREA EL 6/11/2026, REFIERE SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA CADA 3 MESES, ACTUALMENTE REFIERE CEFALEA HEMICRANEANA IZQUIERDA EVA 5/10, QUE SE EXACERVA AL ESTRES Y AL REALIZAR ACTIVIDADES FORZADA. ADEMAS REFIERE AUMENTO DE ESTOS EPISOCIOS ACOMPAÑADA DE SENSACION DE PARESTECIA EN CUELLO Y HEMICARA IZQUIERDA ACOMAÑANADA DE CEFALEA 8/10 EVA POR LO QUE RECURRE AL HOSPITAL SAN ANDRES DONDE ES TRATADA CON KETROLACO IV, NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMAGOLOGIA URESIS Y CATARSIS CONSERVADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: BIOMETRIA GB 7.17, LINF 43.8, NUET 50.3, MON 3.8, GR 4.6, HB 9.3, HTC 31.1, PLAQ 295000

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, NO ESPECIFICADA	I612	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	08:30	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	

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
2026-06-10	08:30	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	

