

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | GONGORA          | ANDREA ISABEL | 17                  | 06  | 1986 | 39 años, 5 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310927320        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV MARCOS ARAY DUEÑAS y      | 098-695-8298 /       |
| 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                 | 1310927320      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 12  | 12  |
| 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 39 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO EN 1 OCASION HACE 3 DIAS CARACTERIZADO POR ENTUMECIMIENTO TOTAL DEL CUERPO EN EL CUAL REFIERE QUE NO PODIA HABLAR NI MOVERSE, ADEMAS QUE TENIA LAS MANOS HACIENDO FLEXION HACIA ADENTRO. MAMA INDICA QUE ESTUVO HACIENDO ROSES EN EL CUERPO CON UN CEPILLO QUE ELLA NO SENTIA, POSTERIOR CUANDO RECIBIO EL SENTIR ESTUVO APROXIMADAMENTE 1 HORA INTENTANDO RECOBRAR EL SENTIDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXAMENES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS | R568   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                               |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-12-12 | 15:23 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 | <br>FIRMA únicamente por:<br>ROXANA ELIZABETH<br>MIRA RODRIGUEZ<br><small>Validar únicamente con FirmaEC</small> |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-12 | 15:23 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |