

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SORNOZA	NAVARRETE	ROSA ELENA	09	08	1982	43 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310972524	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVDA ELOY ALFARO y PORERILLO	098-830-8560 /
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	1310972524	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	03	26
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 FEMENINO DE 43 ANOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUEMICO HACE 3 MESES EN TRATAMIENTO CON MEDICO PARTICULAR QUE ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 11 HORAS DE EVOLUCION SIN CAUSA APARENTE AL LEVANTARSE EVIDENCIA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION , ADORMECIMIENTO DE HEMICUERPO IZQUIERDO , HORMIGUEO EN LENGUA , DISARTRIA , DESVANECIMIENTO , SENSACION DE DESMAYO , MAREO , INTSTABILIDAD , NO LOGRA MANTENERSE PARADA SOLA. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE CON TOMOGRAFIA DE CEREBRO DONDE SE EVIDENCIA IMAGEN HIPERDENSE A NIVEL DE TRONCO CEREBRAL , MAS EDEMA PERILESIONAL COMPATIBLE CON HEMORRAGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0988308560.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA EN TALLO CEREBRAL	I613		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	09:30	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-03-26	09:30	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	