

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDAS	QUIIJE	CESAR OMAR	13	04	1982	44 años, 2 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310973316	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	TOSAGUA y	099-483-5643 /
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	1310973316	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	07	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE +/- 5 AÑOS, PROVOCANDO TRAUMA CEREBRAL (LE REALIZARON CRANECTOMIA DESCOMPENSIVA) + FRACTURA DE 1/3 MEDIO DE FEMUR DE PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR EN ZONA LUMBAR LO QUE LE DIFICULTA TRABAJAR EN EL CAMPO, AHORA REFIERE CEFALEA HEMICRANEANA DE LADO IZQUIERDO DE +/- UN MES DE EVOLUCION QUE SE HA INTENSIFICADO EN EL TIEMPO, ACOMPAÑADO DE EPISODIOS DE PERDIDA DE LA MEMORIA, SE ALIVIA POCO CON PARACETAMOL. NIEGA OTROS SINTOMAS, SE LO OBSERVA ANSIOSO-DEPRESIVO. RIESGO CV A 10 AÑOS: (BAJO). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, *** 0994835643 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA CICATRIZ DE CRANECTOMIA EN HEMICRANEO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	15:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-06	15:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

