

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	PAZMIÑO	ADRIANA ROCIO	17	02	1992	34 años, 4 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311006199	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	RAYMUNDO AVEIGA y ELIAS CEDENO	098-646-3250 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1311006199	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	15
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 FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA VALORACIÓN Y REFERENCIA POR CUADRO DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA RECURRENTE. REFIERE ANTECEDENTE DE UN PRIMER EPISODIO HACE APROXIMADAMENTE 17 MESES, CARACTERIZADO POR DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL, DIFICULTAD PARA EL CIERRE OCULAR IPSILATERAL Y ASIMETRÍA FACIAL. DESDE ENTONCES HA PRESENTADO ENTRE DOS Y TRES NUEVOS EPISODIOS DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS, CON RECUPERACIÓN PARCIAL TRAS TRATAMIENTO MÉDICO, PERSISTIENDO SECUELAS FUNCIONALES Y ESTÉTICAS. FUE VALORADA POR NEURÓLOGO PARTICULAR, QUIEN PRESCRIBIÓ TRATAMIENTO CON PREDNISONA Y TERAPIA DE REHABILITACIÓN FACIAL, ADEMÁS DE SOLICITAR RESONANCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO COMO PARTE DEL ESTUDIO ETIOLÓGICO. LA PACIENTE MANIFIESTA HABER CUMPLIDO PARCIALMENTE LAS TERAPIAS, SIN LOGRAR RECUPERACIÓN COMPLETA DE LA FUNCIÓN FACIAL. ACTUALMENTE REFIERE PERSISTENCIA DE ASIMETRÍA FACIAL, DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL Y PTOSIS PALPEBRAL IPSILATERAL, CON DIFICULTAD PARA REALIZAR MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS DE LA HEMICARA AFECTADA. NIEGA CEFALEA INTENSA, FIEBRE, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONVULSIONES, PÉRDIDA DE FUERZA EN EXTREMIDADES, ALTERACIONES SENSITIVAS, TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO, DISFAGIA, DISARTRIA O PÉRDIDA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES. NO REFIERE TRAUMATISMOS RECIENTES NI ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CONOCIDAS. TELEONO 0986463250

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA DE CEREBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS PERIODICA	G723		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-15	10:16	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

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
2026-07-15	10:16	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	