

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	VILLA	FERNANDA KATHERINE	15	12	1986	37 años, 7 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311533192	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA Y FILO y	099-701-5386 /
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/Área		
MSP	1311533192	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2024	08	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	☐	PARÁLISIS DE BELL	

3. Resumen del cuadro clínico

GLUCOSA 83.70 UREA 24 CRATININA 0.57 AST ALT 16 /16 RESPECTIVAMENTE, COLESTEROL 169 TRIGLICERIDOS 137 ACIDO ÚRICO 3.75 EMO 75. PACIENTE CON APP DE PARÁLISIS FACIAL DE BELL, REFIERE DESDE HACE 5 DÍAS PTOSIS PALPEBRAL DE LADO DERECHO Y HORMIGEO IPSILATERAL, ADEMÁS REFIERE DOLOR EN BRAZO Y DE PECHO HACE 5 DÍAS TAMBIÉN SE REALIZA EKG RITMO SINUSAL SIN CRECIMIENTO DECAVIDADES RR FREGULAR, FC 68 LPM ST ISOELECTRICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

PARALISIS DE BELL

G510

X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-12	11:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

Dr. Irving Buitron Nieto
C.I. 191629818
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

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
2024-08-12	11:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	