

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MUÑOZ	HILDA APOLONIA	23	05	1979	46 años, 10 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311653255	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA CHONE y	099-822-5621 /
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	1311653255	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	03	25
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 CON 46 AÑOS CON APP HIPOTIROIDISMO EN TTO CON LEVOTIROXINA DE 50MCG QD // HTA DE APROX 15 AÑOS AL MOMENTO EN TTO CON LOSARTAN 100MG QD MAS AMLODIPINO 5MG QD MAS CARVEDILOL 6.25 MG QD // EVENTO CEREBRO VASCULAR DE APROX 7 MESES EN TTO CON ATORVASTATINA 20MG QD MAS APIXABAN 2.5MG BID MAS CITICOLINA 500MG CADA 48 HORAS HOY ACUDE A CONTROL Y RENOVACION DE REFERENCIA PARA VALORACION POR NEUROLOGIA POR SINTOMAS DE ALARMA NO CEFALEA, NO MAREO, NO TINITUS, NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NO ORTOPNEA, NO DISNEA NOCTURNA PAROXISTICA, NO DISNEA, NO PALPITACIONES, NO SOFOCOS, NO PULSACIONES NO SINTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN. NO REFIERE SINTOMAS ADVERSOS AL TOMAR SU MEDICACIÓN..... SE PRESCRIBE MEDICACION HABITUAL Y SE TRAMITA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO DE CASO POR NEUROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFARTO CEREBRAL, NO ESPECIFICADO	I639		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	13:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	13:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	