

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	LOOR	GRETIS LEONOR	23	02	1984	41 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311794109	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA ESMERALDAS y	099-969-3172 /
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	1311794109	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	09	24
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 FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE RELEVANCIA. NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS.REFIERE QUE HACE CUATRO DÍAS, MIENTRAS CAMINABA POR UNA CANCHA, FUE IMPACTADA POR UN BALÓN, LO QUE OCASIONÓ UNA CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON PÉRDIDA TRANSITORIA DEL ESTADO DE CONCIENCIA. COMO CONSECUENCIA DEL TRAUMA, PRESENTÓ HERIDA EN REGIÓN PARIETAL, LA CUAL FUE SUTURADA DE MANERA PARTICULAR (APROXIMADAMENTE 3 CM DE LONGITUD). DESDE EL EVENTO, LA PACIENTE REFIERE CEFALEA DE PREDOMINIO HOLOCRANEAL, DE INTENSIDAD VARIABLE PERO PERSISTENTE, Y SOMNOLENCIA CONSTANTE. NIEGA VÓMITO, CONVULSIONES, VISIÓN BORROSA U OTROS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS. NO HA RECIBIDO EVALUACIÓN NEUROLÓGICA NI ESTUDIOS DE IMAGEN HASTA EL MOMENTO. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	S099	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-24	09:15	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-09-24	09:15	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

