

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDIVIEZO	BUSTOS	JORGE LUIS	30	11	1985	40 años, 7 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312089566	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SALINAS y 7 DE AGOSTO	099-513-6610 /
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	1312089566	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	07	29
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 ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL MAS EVENTO CEREBRO VASCULAR HACE UN AÑO, CON SECUELAS DE PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE, CEFALEA INTENSA QUE INICIA DE MANERA SÚBITA, PUEDE INICIAR EN ZONA OCCIPITAL COMO EN TEMPORO-PARIETAL Y EXTENDERSE A FRONTAL. ADEMAS DE DOLOR EN ESPALDA QUE DESCIENDE A MIEMBROS INFERIORES, ADORMECIMIENTO DE EXTREMIDADES, SENSACION DE MAREO (DESPUES DE AGACHARSE SE MANTIENE POR MAS DE 3 DIAS) REFIERE TENER RESONANCIA CON HERNIA EN ZONA CERVICAL. ADORMECIMIENTO DE EXTREMIDADES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SECUELAS FISICAS (COJEA), NEUROLOGICAS (PERDIDA DE MEMORIA, CEFALEA, SUMBIDOS, ESCOTOMAS, SENSACION DE MAREO) ANTECEDENTE DE COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	I698		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	08:21	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-07-29	08:21	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	