

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	ERAZO	MARIA NARCISA	01	08	1962	63 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312195926	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE 9 DE OCTUBRE y	097-959-3232 /
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	1312195926	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11	26
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 63 AÑOS, APP HTA (ENALAPRIL 10 MG VO QD), DM2 (METFORMINA 500 MG VO QD) Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 87%. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADA DE MADRE (CUIDADORA) LA CUAL REFIERE QUE SU HIJA HACE ALGUNAS SEMANAS PRESENTA MAL OLOR AL ORINAR, ORINA TURBIA Y DISURIA. ADEMÁS REFIERE ANTECEDENTE DE ACV "HEMORRAGICO" HACE 3 MESES APROXIMADAMENTE, LA CUAL FUE TRATADA POR MEDICO PARTICULAR EN SANTO DOMINGO. EL CUAL ENVIO A TERAPIA FISICA. REFIERE QUE DESDE ESE EVENTO PACIENTE QUEDÓ CON SECUELAS DE TEMBLOR EN MANOS MUY OCASIONALES, SE LE DIFICULTA MAS DE AMBULACION PARA LO QUE NECESITA ASISTENCIA. SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	08:34	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2025-11-26	08:34	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

