

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	PITA	PABLO EUMENY	27	10	2000	24 años, 3 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312227554	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	DIVINO NIÑO y	099-158-7606 /
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	1312227554	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	02	21
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

ADULTO JOVEN CON APP DE DISCAPACIDAD FISICA DESDE LA INFANCIA, PACIENTE REPORTA QUE POR METODO DE ESTUDIO TOMOGRAFIA REPORTAN ATROFIA CEREBRAL (PACIENTE ACUDE SOLO A CONSULTA) PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN REGION PARIETAL DERECHA QUE SE EXTIENDE A REGION OCCIPITAL Y PARIETAL IZQUIERDA SE PRESENTA EN EL CUAL SE PRESNETA DESDE HACE MAS O MENOS 5 AÑOS EL DOLOR SE INTENSIFICA DESDE HACE MAS O MENOS 2 MESES DE EVOLUCION POSTERIOR A INGRESO DE UNIVERSIDAD Y ESTRES DE ESTUDIO. PRESENTA ALTERACION EN LA MARCHA, ALTERACION EN VOCALIZACION DE LENGUAJE. MANTUVO TRATAMIENTO CON AMITIPTILINA DE 25 MG 8 AM EN EL CUAL REFIERE QUE DOLOR DISMINUYO PERO SE MANTIENE DE MANERA CONSTANTE, DOLOR SE ACOMPAÑA CON DECAIMIENTO Y SENSACION DE SUEÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC EN PROCESO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-21	10:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-02-21	10:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

