

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	PITA	PABLO EUMENY	27	10	2000	24 años, 4 meses, 18 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	Convecional/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	03	17
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
2025-03-17	10:45	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
2025-03-17	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

