

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COPPIANO	RODRIGUEZ	KELVIN ANTONIO	20	10	1986	38 años, 4 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312340472	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	JARDINES DEL INCA y	095-920-0152 /
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	1312340472	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	20
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	☐	BLEFAROSPASMO	

3. Resumen del cuadro clínico

MASculino DE 38 años, CON ANTECEDENTES DE POLITRAUMATISMO HACE 12 años, CON NECESIDAD DE HOSPITALIZACION EN UCI, POR FRACTURA DE CRANEO, PACIENTE AL MOMENTO SIN SECUELAS SIGNIFICATIVAS, PACIENTE CON CUADRO DE BLEFAROSPASMO POSTERIOR A ACCIDENTE QUE SE ACOMPLADA DE CEFALEA FRONTAL, PACIENTE EN SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA, ACUDE CON REFERENCIA INVERSA PARA NEUROLOGIA, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD, NUMERO TELEFONICO 0991511789

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BLEFAROSPASMO	G245		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-20	15:03	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-02-20	15:03	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

