

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELEZ	MAYRA MONSERRATE	22	08	1994	31 años, 6 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312532227	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	096-321-8010 / (99)-999-9999
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	1312532227	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	02	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 FEMENINO DE 31 AÑOS DE EDAD, APP: RINITIS ALÉRGICA, PARALISIS DE BELL HACE 8 MESES APF: HTA (MAMA Y PAPA) DMII (PAPA), APQX: RINOPLASTIA HACE 11 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR SOLICITAR REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA POR CAUSA CEFALEAS INTENSAS POSTERIOR A PARALISIS E INSOMNIO.NUNCA ANTES ATENDIDA POR UN ESPECIALISTA DE NEUROLOGIA. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA,A FEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0963218010 // 090119633 / MEJORÍA CLÍNICA EVIDENTE DE LA ASIMETRÍA FACIAL PREVIAMENTE PRESENTE. AL INTERROGATORIO NIEGA DOLOR, NIEGA ALTERACIONES EN LA AUDICIÓN Y VÉRTIGO . A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA RECUPERACIÓN CASI COMPLETA DE LA MOVILIDAD DE LOS MÚSCULOS FACIALES, CON ADECUADO CIERRE PALPEBRAL, DISMINUCIÓN NOTORIA DE LA DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL Y SIN DATOS DE SINCINESIAS. RESTO DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA SIN ALTERACIONES. EVOLUCIÓN SATISFACTORIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-26	09:02	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-02-26	09:02	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

