

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	MEDRANDA	JESSICA PAOLA	05	12	1992	33 años, 5 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312584939	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CARLOS ALBERTO ARAY y	099-583-9683 /
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	1312584939	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	05	29
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 33 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE INICIO RECIENTE CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA, ASOCIADA A DOLOR OCULAR DERECHO, SENSACIÓN DE PESADEZ Y ADORMECIMIENTO EN HEMICARA DERECHA, REFERIDO COMO HIPOESTESIA FACIAL. REFIERE TAMBIÉN SENSACIÓN DE “MALA CIRCULACIÓN” EN LADO DERECHO DE LA CARA, SIN OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS CLAROS ASOCIADOS. DURANTE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA PACIENTE CON MOLESTIA GENERAL, PERSISTENCIA DE CEFALEA Y PARESTESIAS FACIALES DERECHAS. POR LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FOCALES, SE CONSIDERA CUADRO DE ALARMA, REQUIRIENDO DESCARTE DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA AGUDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARESTESIA DE LA PIEL	R202	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	10:53	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-29	10:53	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

