

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITE	CHICA	ANGELICA MARIA	21	12	1994	30 años, 1 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313171090	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN RAFAEL y	096-781-0520 /
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	1313171090	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	01	27
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

REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA HEMICRANEANA DERECHO A DONDE POSTERIORMENTE APLICAN KETOROLACO SIN EMBARGO DOLOR NO DESAPARECE ACOMPAÑADO DE OTALGIA DERECHA, DOLOR RETROCLAR NISTAGMUS Y PARALISSI FACIAL POR LO CUAL EN CENTRO DEL IESS ENVIAN APLICAN DEXAMETASONA 8MG, KETOROLACO 60MG Y PARACETAMOL 1GR, ACOMPAÑADO DE CIFRAS TENSIONALES DE 166/88, POR LO CUAL ENVIAN A TOMAR UNA ENALAPRIL 20MG, ANTECEDENTES FAMILIARES TIOS HTA Y DM2,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTES CON FOCALIDAD NEUROLOGICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	I678	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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