

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MACIAS	NURIA MAYERLINE	11	05	1997	28 años, 6 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313263285	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 10 DE AGOSTO y	098-304-9795 /
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	1313263285	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	11	12	
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

FEMENINA DE 28 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE COMO APP CEFALÉAS DE 6 AÑOS DE EVOLUCIÓN, FRONTOPIRIETAL PUNZANTE CON FOTOFOBIA Y SONOFOBIA 10/10 DE EVA QUE NO MEJORA CON ANALGESIA ORAL, TINNITUS, SE INDICÒ EN ESE TIEMPO TOMOGRAFIA CEREBRAL LA CUAL REPORTA ATROFIA FRONTOPIRIETAL, LLAMA LA ATENCIÓN QUE NUEVO ESTUDIO DE IMAGEN HA INCREMENTADO ATROFIA CON HIPEREDENSIDAD A LA ALTURA DE GANGLIO DE LA BASE DERECHO. POR LO CUAL SE DERIVA A NEUROLOGIA PARA SEGUIMIENTO, AL MOMENTO CONCIENTE ORIENTADA, GLASGOW 15/15. 0996969013.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTA ATROFIA FRONTOPIRIETAL, LLAMA LA ATENCIÓN QUE NUEVO ESTUDIO DE IMAGEN HA INCREMENTADO ATROFIA CON HIPEREDENSIDAD A LA ALTURA DE GANGLIO DE LA BASE DERECHO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	15:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-11-12	15:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	