

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	MOREIRA	WENDY JAMILETH	05	03	1997	29 años, 2 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	1313495671	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO SECTOR 1 y	099-786-6688 /
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	1313495671	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	11
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 29 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR MAREO , VISION BORROSA, PARESTESIA DE CARA Y BRAZO IZQUIERDO EL 2 DE ABRIL. PACIENTE REFIERE QUE DURANTE EL EVENTO TENIA PRESIONES ARTERIALES EN VALORES NORMALES. ACTUALMENTE CONTINUA CON TRATAMIENTO DE ATENCION DE MANERA PARTICULAR CON ACIDO ACETIL SALICIDICO 100 MG 3 PM. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE REFIERE QUE CONTINUA CON HORMIGUEO EN ZONA LATERAL IZQUIERDA DE CABEZA Y VISION BORROSA, ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: G1, C0, P0, A1 (HACE 2 ANOS). PLANIFICACION FAMILIAR: NINGUNO. ANTECEDENTES DE OVARIOS POLIQUISTICO TRATADA CON OVARINA. PACIENTE REFIERE REALIZARSE TERAPIAS CON NEURAL QUE HA NOTADO MEJORIA DEL CUADRO. ALERGIA: AMOXICILINA, PENICILINA, METAMIZOL. DOLRAL . PACIENTE ESTABLE, ACTIVA, AFEBRIL.COLABORA AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0968117430.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I64X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	14:33	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
2026-05-11	14:33	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

