

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	ROXANA AMARILIS	18	07	1990	35 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313521906	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SESME 1 y	098-251-2640 /
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	1313521906	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	05	01
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 35 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA CONSTANTE, DE INTENSIDAD VARIABLE, LOCALIZADA PRINCIPALMENTE EN REGIÓN FRONTAL Y HEMICRANEAL, ASOCIADA A PARESTESIAS UNILATERALES EN HEMICARA IZQUIERDA, DESCRITAS COMO SENSACIÓN DE HORMIGUEO Y ADORMECIMIENTO INTERMITENTE. NIEGA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, CONVULSIONES, ALTERACIONES DEL HABLA, DISMINUCIÓN DE FUERZA MUSCULAR, ALTERACIONES VISUALES, FIEBRE, TRAUMATISMOS O VÓMITOS. REFIERE QUE, DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS, ACUDIÓ PREVIAMENTE POR EMERGENCIA AL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA DE CHONE, DONDE RECIBIÓ MANEJO SINTOMÁTICO CON DEXAMETASONA, METAMIZOL, MELOXICAM Y CONRELAX PLUS, PRESENTANDO MEJORÍA PARCIAL DE LA CEFALEA; SIN EMBARGO, LOS SÍNTOMAS PERSISTEN HASTA LA ACTUALIDAD. ADICIONALMENTE, PACIENTE REFIERE QUE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES POSTERIOR A CAMINATAS PROLONGADAS O ESTAR MUCHO TIEMPO DE PIE, EL CUAL CEDE CON EL REPOSO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN ACTUAL NO SE EVIDENCIA EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES. AL EXAMEN NEUROLÓGICO, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, GLASGOW 15/15. PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES EVIDENTES, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN CUATRO EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, MARCHA ESTABLE, SIN DATOS DE DÉFICIT NEUROLÓGICO MOTOR AGUDO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. RESTO DE EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE CEFALEA CRÓNICA ASOCIADA A PARESTESIAS FACIALES UNILATERALES, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y DESCARTE DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA SUBYACENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITADO EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-01	13:02	Medicina Rural	KEILY MISHIEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	

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 clínico

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
2026-05-01	13:02	Medicina Rural	KEILY MISHIEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	