

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	HIDALGO	JUNIOR FRANCISCO	04	09	1997	28 años, 6 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313603704	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LARREA y	098-796-1296 / (00)-000-0000
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	1313603704	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	03	05
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 MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 62% QUIEN ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU CUIDADORA (MADRE) PARA CONTROL MÉDICO Y EMISIÓN DE CERTIFICADO, AL MOMENTO NO REFIERE NINGUNA SINTOMATOLOGÍA DE RELEVANCIA, NO FIEBRE, NO VÓMITOS, SIN DISNEA, SIN DOLOR ABDOMINAL. MAREOS FRECUENTES, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA ACTIVA, REACTIVA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. MADRE SOLICITA ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIA YA QUE EL PACIENTE HA ESTADO LLEVANDO CONTROL CON ESPECIALISTA (NEUROLOGÍA) Y LE SOLICITAN NUEVA REFERENCIA PARA SEGUIR CON TRATAMIENTO. 0987178401

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	1679		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	10:12	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
2026-03-05	10:12	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	