

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOROCHO	GANCCHOZO	JESUS DANIEL	07	09	2001	24 años, 1 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313702654	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y	098-429-3132 /
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	1313702654	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	10	28
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 DE 24 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU TIA (JOHANNA GANCCHOZO)LA CUAL REFIERE CONTROL POR SECUAELAS DE HEMATOMA EPIDURAL - REFIERE AMNESIA DISOCIATIVA - PERDIDA VISUAL MONOCULAR DERECHA - FOTOBIA - PREFIERE ESTAR ACOSTADO O DE PIE - CALAMBRES EN MIEMBROS INFERIORES Y MOVIMIENTO ANORMAL DE PIES Y MANO DERECHA QUE HAN DISMINUIDO - PRESENTA SINTOMAS DEPRESIVOS POR SU SITUACION - REFIERE ESTAR SEPARADO DE SU PAREJA Y SU HIJA DE 1 AÑO - A VALORACION ESCALA GLASWON 14/15 - PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS - REFLEJO BABINSKI NEGATIVO - EDEMA LEVE EN AREA DE CIRUGIA EN CRANEO TEMPORAL IZQUIERDO ///// ESTA TOMANDO CITOCOLINA 500MG

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	I691		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	09:47	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-28	09:47	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	