

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SOLIS	MARIUXY ELIZABETH	19	10	1989	36 años, 6 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313820662	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL CERRO DE SAN ANTONIO y	099-836-3596 /
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	1313820662	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	04	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive☐

Saturación capacidad instalada☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☒

Falta de profesional☐

VALORACION POR ESPECIALIDAD POSTERIOR A ACV, PACIENTE MENCIONA TENER DG DE PARALISIS DE BELL

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA 36 AÑOS CON APP DE PARALISIS DE PARALISIS FACIAL, ACV PRESUNTIVO MENCIONA TOMA POR TRES MESES ACIDO ACETIL SALICO 100 MG QD, LOSARTAN 50 MG QD Y OTRA MEDICACION QUE NO RECUERDA EL NOMBRE MENCIONA CESAR TOMA DESDE HACE DOS SEMANAS, AL MOMENTO REFIERE EN OCASIONES CEFELEA HEMICRANEANA DERECHA TENSIONAL, EVALUA EVA 7/10, NO FOTOFobia, DOLOR OCULAR, QUE IRRADIA DEL MISMO LADO HASTA MIEMBRO SUPERIOR, NO INDICA SIGNOS NEUROLOGICOS ACOMPAÑANTES, NIEGA ACUFENOS O ESCOTOMAS, NO MAREOS, NO SINCOPEs AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA REACTIVA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0999926820

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	I679		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-24	12:27	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-04-24	12:27	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	