

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MAZAMBA	CEDEÑO	CRUZ ROSARIO	05	02	1991	34 años, 5 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	1314005933	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA QUITO y	/
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	1314005933	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	07	23
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 34 AÑOS SIN APP RELEVANTE, ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PERDIDA PROGRESIVA DE LA VISIÓN EN OJO DERECHO, REFIERE AMENORREA DE 6 AÑOS, REFIERE CEFALEA OCASIONAL, AL EXAMEN FÍSICO PUPILA DE OJO AFECTO MIDRIATICA SIN REFLEJO FOTOMOTOR DIRECTO, REFIERE PERDIDA TOTAL DE LA VISIÓN EN OJO DERECHO INCAPACIDAD DE CONTAR DEDOS, SE OBSERVA ENDOTROPIA EN OJO AFECTO, REFIERE TRATAMIENTOS CON MEDICINA NATURISTAS, SIN VALORACIÓN MEDICA, SE SOLICITA REFERENCIA A NEUROLOGIA, PRESENTA TAC EN CD QUE NO SE PUEDE ABRIR .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTOS DEL CAMPO VISUAL	H534		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	09:20	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	

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
2025-07-23	09:20	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	