

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	SALTOS	YAM GREGORIO	17	04	2002	23 años, 7 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314034834	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA CHONE SAN VICENTE y	097-894-9740 /
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	1314034834	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	12	03
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	☐	SECUELAS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD. APP: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA HACE 6 MESES. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA A NEUROLOGIA. AL INTERROGATORIO REFIERE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 5 MESES PRODUCTO DEL CUAL SUFRE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, ES DADO DE ALTA CON TTO FARMACOLOGICO DE VOSOACTIN PLUS POR 3 MESES, ACUDE CON PLAN DE ALTA DONDE SE SOLICITA REFERENCIA A NEUROLOGIA. MENCIONA ASTENIA Y CEFALEA HEMICRANEANA PULSATIL DE GRAN INTENSIDAD QUE NO CEDE CON ANALGESICO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0987958525

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	I690		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-03	08:34	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-12-03	08:34	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

