

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	DENYS GEOVANNA	30	08	1996	29 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314064286	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CANUTO y	096-824-1911 /
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	1314064286	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	16
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 29 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INSTALACIÓN PROGRESIVA, DE CARÁCTER CONTINUO, QUE SE HA INTENSIFICADO EN LA ÚLTIMA SEMANA, REFIRIENDO ESCASA RESPUESTA A ANALGÉSICOS TANTO POR VÍA ORAL COMO PARENTERAL (IM/IV). PACIENTE REFIERE DOLOR OPRESIVO, DE MODERADA A INTENSA INTENSIDAD, LOCALIZADO PRINCIPALMENTE A NIVEL FRONTAL Y OCCIPITAL, ASOCIADO A SENSACIÓN DE PESADEZ FACIAL. ACOMPAÑA ADEMÁS PARESTESIAS TIPO HORMIGUEO EN REGIÓN FACIAL Y EN AMBAS MANOS. PACIENTE REFIERE INICIO SÚBITO DEL CUADRO, CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA Y PERSISTENTE. NIEGA TRAUMA RECIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0978706445

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I64X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	13:53	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-04-16	13:53	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

