

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	GOMEZ	JHOSTIN DAVID	01	10	2004	19 años, 11 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314433515	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VERGEL y	098-960-3726 / (99)-999-9999
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	1314433515	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	2024	09	18
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

PRESENTA CEFALIAS SEVERAS QUE INICIAN EN REGION OCCIPITAL TIPO PULSATIL Y LUEGO SE GENERALIZAN ACOMPAÑADA DE VISIÓN BORROSA A VECES TERMINA EN LIPOTIMIA REFIERE ESTOS SÍNTOMAS HACE 1 AÑO POSTERIOR A DES MAYO CON PERDIDA DE CONCIENCIA DE 5 MINUTOS, EN LA ACTUALIDAD PACIENTE REFIERE PERDIDA DE MEMORIA, IRRITABILIDAD Y CEGUERA TEMPORAL CUANDO PRESENTA CEFALIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC HACE 6 MESES NORMAL, EN EL MOMENTO DE REVISIÓN SE MAREA CON PEDIRLE QUE SE LEVANTE DE LA SILLA RÁPIDO. SE EVIDENCIA LENGUA MORDIDA EN REGION LATERAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA	R51X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-18	15:24	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 Firmado electrónicamente por: MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO

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
2024-09-18	15:24	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	