

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ZAMBRANO	GLADYS LORENA	09	04	1993	32 años, 10 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	1314664424	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CALLE 12 DE OCTUBRE CDLA SAN PABLO y SN	096-896-1609 / (00)-000-0000
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	1314664424	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	02	27
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 clinico

PACIENTE DE 32 AÑOS LA CUAL ES TRAIDA POR SU ABUELA Y SU TIA, LAS MISMAS REFIEREN QUE HACE 20 DIAS SUFRIO MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA EN MACHALA, SIENDO ENCONTRADA POR PARTE DE LA POLICIA FUERON A DEJARLA EN EL HOSPITAL DE NARANJAL EL HOSPITAL DA INFORMACION PARA QUE SEA RECONOCIDA Y LA RETIREN DEL HOSPITAL. SIENDO RETIRADA POR SUS HERMANOS Y CUÑADO LA LLEVAN AL CARMEN REFIERE QUE EN ESOS MOMENTOS ELLA HABLABA EMPEORANDO SU CONDICION LLEVANDOLA AL HOSPITAL DE FLAVIO, POR EL AREA DE EMERGENCIA DONDE ES TRATADA POR CONVULSIONES, EN ESTOS MOMENTOS PACIENTE COMPRENDE AL LLAMADO A SU NOMBRE Y A LA RESPUESTA DOLOROSA, EXTREMIDADES ESPASTICAS USO DE PAÑAL NO HAY CONTROL DE ESFINTER. SE REFIERE A NEUROLOGIA PSICOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE

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
2026-02-27	10:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-02-27	10:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

