

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CEDEÑO	CRISTHIAN IVAN	21	10	2002	21 años, 11 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314965003	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	RANCHO VIEJO y	999-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314965003	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2024	10	16
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

S: PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, APQ: HERNIA INGUINAL, APP: HEMORRAGIA SUBDURAL POOSTERIOR A TRAUMATISMO EN MOTO ,OPERADO DE UNA CRANEOTOMIA DESCOMPRESIVA + EVACUACION DE HEMATOMA EL 12/08/2024 EN LA CLINICA LOS ESTEROS, ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA POR SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA, AL MOMENTO PACIENTE CON GLASGOW 15/15, REFIERE QUE EN OCASIONES PRESENTA LEVE DOLOR EN LA HERIDA DE PROCEEDIMEINTO QUIRURGICO ACOMPAÑADO DE SENSACION DE HORMIGUEO, NO DEBILIDAD MUSCULAR, NO DIFICULTAD A LA MARCHA. AFEBRIL. P : CONTINUAR CON MEDICACION DADA POR MEDICO TRATANTE , MEDIDAS GENERALES, SIGNOS DE ALARMA, SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA SU SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE DEBILIDAD O LESIONES DE PARES CRANEALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA	S065		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-16	18:52	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

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
2024-10-16	18:52	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	