

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	ZAVALA	MARIA JOSE	03	03	1997	28 años, 10 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315310456	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE ECUADOR y TRANSVERSAL 5	097-967-0060 /
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	1315310456	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	01	26
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 FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN MOTOCICLETA OCURRIDO EL 23 DE DICIEMBRE DEL 2025 EN LA CIUDAD DE CALCETA, POR EL CUAL PERMANECIÓ HOSPITALIZADO DURANTE 5 DÍAS. ACTUALMENTE ACUDE POR PRESENTAR MAREOS PERSISTENTES, VÉRTIGO, DIFICULTAD VISUAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO, NEGANDO EPISODIOS DE VÓMITO. REFIERE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO SE EVIDENCIARON COÁGULOS A NIVEL CEREBRAL. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVAN EQUIMOSIS PERIORBITARIAS BILATERALES, SIN OTROS DATOS DE ALARMA NEUROLÓGICA EVIDENTES AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAREOS PERSISTENTES, VÉRTIGO, DIFICULTAD VISUAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO, NEGANDO EPISODIOS DE VÓMITO. REFIERE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO SE EVIDENCIARON COÁGULOS A NIVEL CEREBRAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA	S007		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	10:50	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
2026-01-26	10:50	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

