

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	JAIRO STEVEEN	15	07	2003	22 años, 8 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316799939	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	/ (05)-222-2222
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	1316799939	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	03	31
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 DE 22 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE HERMANA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE EN MOTO PRESENCIA DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON PERDIDA DE CONCIENCIA INGRESADO EN HOSPITAL CON SINTOMAS DE ICTUS CON HERIDA EN REGION FONTAL DERECHA AL MOMENTO CON GLASGOW 14/15 AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA SIMPLE DE CRANEO SE EVIDENCIA PERDIDA DE CONTINUIDAD OSEA TEMPORAL DERECHA IMAGEN HIPODENSEA FRONTO TEMPORAL DERECHA EN ESPACIO EPIDURAL CON HALO HIPODENSO SUGESTIVO DE CONTUSION HEMORRAGICA CON EDEMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	S069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	11:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-03-31	11:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	