

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MARCILLO	LEANDRO SNEYDER	31	01	2008	17 años, 0 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350495162	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SESME y VIA QUITO	096-336-5004 / (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	1350495162	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	02	12
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 17 AÑOS QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR DEBILIDAD EN CARA DEL LADO IZQUIERDO DE APROXIMADAMENTE 12 HORAS DE EVOLUCION, SIN PERDIDA DE FUERZA EN MANOS NI PIES , MADRE INDICA LLEVARLO A EMERGENCIA EN LA CUAL LE COLOCAN KETOROLACO DE 60MG IV, LUEGO LO ENVIAN A CASA, ACTUALMENTE CON DEBILIDAD EN HEMICARA IZQUIERDA, PACIENTE REFIERE INLFMACION EN CARA, DIFICULTAD PARA HACER MOVIMIENTOS NORMALES EN CARA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEBILIDAD EN HEMICARA IZQUIERDA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	09:32	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-02-12	09:32	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	