

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BENITEZ	YUBIRI STEFANIA	30	08	2018	7 años, 9 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352951097	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	30 DE MARZO y	099-493-9334 /
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	1352951097	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	02
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 ☐	PARALISIS DE BELL RECURRENTE

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 7 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PARÁLISIS FACIAL DE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE INSTALACIÓN AGUDA, CON ANTECEDENTE DE EPISODIO SIMILAR EN ABRIL DEL AÑO ANTERIOR. MADRE REFIERE MEJORÍA PROGRESIVA CON TERAPIA DE REHABILITACIÓN FÍSICA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA DESCONOCE ETIOLOGÍA DEL CUADRO. NO SE DOCUMENTAN SÍNTOMAS ASOCIADOS COMO FIEBRE, CEFALEA, CONVULSIONES, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DÉFICIT MOTOR EN EXTREMIDADES. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON ESTADO DE CONCIENCIA CONSERVADO, ALERTA Y ORIENTADA PARA SU EDAD. PARES CRANEALES: SE EVIDENCIA COMPROMISO DEL VII PAR CRANEAL IZQUIERDO DE TIPO PERIFÉRICO, CARACTERIZADO POR ASIMETRÍA FACIAL EN REPOSO Y MOVIMIENTO. DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA HEMIFRENTE IZQUIERDA CON MENOR ELEVACIÓN DE LA CEJA IPSILATERAL, PREDOMINANDO LA ACCIÓN DE LA MUSCULATURA FRONTAL DERECHA. CIERRE PALPEBRAL IZQUIERDO DISMINUIDO. BORRAMIENTO DEL SURCO NASOGENIANO IZQUIERDO. HIPOMOVILIDAD DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL IZQUIERDA CON DESCENSO DE COMISURA LABIAL IPSILATERAL. DIFICULTAD PARA REALIZAR GESTOS FACIALES VOLUNTARIOS, INCLUYENDO SILBAR E INSUFLAR MEJILLAS. ARRUGAMIENTO NASAL CONSERVADO EN HEMICARA DERECHA Y DISMINUIDO EN HEMICARA IZQUIERDA. RESTO DE PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES CLÍNICAMENTE EVIDENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LEUCOCITOS 10.16, NEUTROFILOS 5.18, LINFOCITOS 3.07, MONOCITOS 0.54, EOSINOFILOS 1.31, HEMATIES 4.35, HEMOGLOBINA 11.40, HEMATOCRITO 34.6, VCM 79.5, HCM 26.20, PLAQUETAS 388, VOM 10.4, GLUCOSA BASAL 85.9, UREA 14.87, CREATININA 0.40, TGO 34.3, TGP 38.8, VDRL NO REACTIVO. PCR 0.40, FR 0.91, ASTO 287.30.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	08:33	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-06-02	08:33	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	