

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ANZULES	OSTACIO PASCUAL	01	09	1956	68 años, 3 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	1708685415	MANABI	CHONE	CONVENTO	S38E y	099-021-6756 /
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	1708685415	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2024	12	26
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

PACIENTE DE 68 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENAR CUADRO CLINICO DE 25 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA MAREOS PRODUCTO DE GOLPE EN CABEZA CON OBJETO PESADO PALO EN REGION IZQUIERDA REFIERE QUE FUE A HOSPITAL EN DONDE VALORARON Y ENVIARON A CASA CON MEDICACION PACIENTE REFIERE QUE SE HA INTENSIFICADO SINTOMAS PACIENTE ACTIVO REACTIVO CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO COLABORA CON EL INTERROGATORIO AL EXAMEN FISICO CABEZA: NORMOCEFALO FASCIES NORMALES OJOS : PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS CUELLO NO SE PALPAN ADENOPATIAS TÓRAX: SIMETRICO CAJA TORAXICA SIN ALTERACIONES CsPs: VENTILADOS RsCs: RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS RSHS: NORMALES REGIÓN LUMBAR : CURVATURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL NORMALES EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMA PLAN SE INDICA REFEENCIA A HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL SERVICIO DE NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TRAUMA EN CABEZA CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-26	12:24	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 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
2024-12-26	12:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

