

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MAZAMBA	VITE	FLOR QUERIDA	02	06	1967	58 años, 9 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	1711294056	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	16 DE AGOSTO y	096-412-4456 /
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	1711294056	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	03	25
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 FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD, APQ: DE DRENAJE DE ABSCESO EN CUELLO HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS, CON APP DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICA, LARINGITIS CRÓNICA DE 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN, ÚLCERA PÉPTICA Y QUISTES MAMARIOS, CON ANTECEDENTES DE DERRAME FACIAL HACE 3 AÑOS. AL MOMENTO REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 DIAS PRESENTA DOLOR QUE SE LOCALIZA SOBRE LA ARTICULACION TEMPORO MADIBULAR IZQUIERDA Y SE IRRADIA HACIA HEMICARA IZQUIERDA, ADEMAS REFIERE CEFALEA HEMICRANEANA IZQUIERDA, REFIRE SENTIR ACUFENOS PREVIOS A LOS EPISODIOS DE CEFALEA, REFIERE ENTRE 3 A 4 EPISODIOS DIARIOS QUE SE EXACERBA LUEGO DE HACE OFICIO CON POSTERIOR RIGIDEZ CERVICAL, MOTIVO POR LO QUE ACUDE PARA VALORACIÓN MÉDICA. SE DECIDE REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA DEBIDO A ANTECEDENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN HEMICARA IZQUIERDA A LA PALPACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	I698		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	15:50	Medicina Rural	EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE	1351020506	

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
2026-03-25	15:50	Medicina Rural	EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE	1351020506	

