

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LEONES	LOPEZ	DEYCI JAQUELINE	31	08	1984	41 años, 2 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2100503636	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	098-528-1843 /
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	2100503636	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11	10
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 41 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: MADRE DM2, PADRE CA ESTÓMAGO (FALLECIDO), AQX: CUP1, ALERGIAS: NO REFIERE. MÉTODO ANTICONCEPTIVO: SALPINGECTOMÍA. ACUDE CON TOMOGRAFÍA QUE REPORTA ARACNOIDOCELE SILLAR GRADO III, PROCESO INFLAMATORIO Y/O EN CELDILLAS, SE ENVÍA A NEUROLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: PARÉNQUIMA CEREBRAL SIN HALLAZGOS SIN PATOLOGÍA, ARACNOICELE SILLAR GRADO III, PROCESO INFLAMATORIO EN CELDILLAS ETMOIDALES IZQUIERDAS Y SENO MAXILAR HOMOLATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA HIPOFISIS	E236		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	11:33	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-11-10	11:33	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	