

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	HURTADO	JANELA JAMILETH	28	08	2010	15 años, 1 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350316093	MANABI	CHONE	RICAU RTE	VIA A JULIO MORENO y	097-986-8483 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	2350316093	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	10	15
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 15 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR PARESTESIAS EN HEMICUERPO IZQUIERDO DE APROXIMADAMENTE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN. REFIERE ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE EVENTO CEREBROVASCULAR A LOS 12 AÑOS DE EDAD Y MENCIONA QUE EN EVALUACIONES ANTERIORES SE LE DIAGNOSTICÓ UNA MASA CEREBRAL, SIN APORTAR DOCUMENTACIÓN QUE LO SUSTENTE. ACTUALMENTE NIEGA CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES, FIEBRE, VÓMITO O CONVULSIONES. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE LÚCIDA, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, CONSTANTES VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES, MARCHA CONSERVADA, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, FUERZA Y TONO MUSCULAR CONSERVADOS, SENSIBILIDAD INTACTA EN LA EXPLORACIÓN CLÍNICA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS, SIN SIGNOS DE DÉFICIT MOTOR NI SENSORIAL OBJETIVABLE. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. SE EMITE REFERENCIA AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARA INVESTIGACIÓN ETIOLÓGICA Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL ENCEFALO, NO ESPECIFICADO	G939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	10:24	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-15	10:24	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

