



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Santa Martha	CS	1303755712							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Castillo	Vicenta	Felicidad	M	23-03-1949	75	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-436-1320 /		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
F EMENI NA DE 75 AÑOS DE EDAD- APP: HTA (CANDÉS ARTAN) - PARKI NS ON- OS TEOPOROS I S - ARTRI TI S - GAS TRI TI S CRÓNI CA. PACI ENTECON CUADRO CLÍ NI CO DE 5 AÑOS DE EVOLUCI ÓN I NI C I AL MENT E PRESENT Ó T EMBL OR EN L A MANO I ZQUI ERDO EN REPOSO- AC OMPAÑADO DEL ENT I T UD EN L OS MOVI MI ENT OS Y RI GI DEZ PROGRESI VA. EN EL ÚL T I MO AÑO HA PRESENT ADO DI FI C UL T AD PARA L A MARC HA- EPI SODI OS DEI NEST ABI L I DAD POST URAL Y C AÍ DAS OC ASI ONAL ES S OB RE TODO POR PERDI DA DE LA ES TAB I LI DAD EN HEMI CUERPO I ZQUI ERDO- HAPRES ENTADO EST REÑI MI ENT O C RÓNI C O- APAT Í A E I NS OMNI O. DI AGNOS TI CADA EN CONS ULTA PRI VADA Y TRATADA EN LA ACTUALI DADCON CARB I DOPA Y LEVODOPA S I N EMB ARGO POR F ACTORES ECONÓMI COS NO HA PODI DO CONTI NUAR CON LOS S EGUI MI ENTOSMÉDI COS NI ACUDI R A CONS ULTA LO QUE HA CAUS ADO QUE EN EL ULTI MO MES HAN EMPEORADO LOS S Í NTOMAS - S OLI CI TA REALI ZARS US CONTROLES CON NEUROLOGI A.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PAC I ENT E C ON DI AGNOST I C O DE PARKI NSON- REQUI ERE SEGUI MI ENT O. EL L A NO PUEDE C ONT I NUAR T RAT AMI ENT O DE FORMA PRI VADA POR FAL T A DERECH URSOS.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad De Parkinson			G20X	X		4.					
2.							5.					
3.							6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-10	01:18	Tania	Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1308557071				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO		

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	