

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VIVAS	ALFONSO ELEODORO	17	06	1938	87 años, 0 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0902866078	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y VARGAS TORRES	098-293-5372 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0902866078	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	07	16
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 MASCULINO DE 87 AÑOS CON APP DE HTA TRATADA CON VALSARTAN 80MG QD, Y ENFERMEDAD DE PARKINSON, TABAQUISMO DESDE LOS 8 AÑOS DE EDAD HASTA LOS 60. ACUDE A CITA MEDICA DE CONTROL EN COMPAÑIA DE SU HIJA. PACIENTE POCO COLABORATIVO AL INTERROGATORIO POR DISMINUCIONDE AGUDEZA AUDITIVA. ACOMPAÑANTE REFIERE QUE EL PACIENTE YA CASI NO CAMINA, PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA. AL MOMENTO PACIENTE CON TOS NO PRODUCTIVA DESDE HACE 3 DIAS Y PRURITO EN OIDO IZQUIERDO. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA OROFARINGE CONGESTIVA, NO SE OPBSERVAN EXUDADOS. CAMPOS PULMONARES CLAROS, VENTILADOS. A LA OTOSCOPIA SE OBSERVA TAPON DE CERUMEN EN OIDO DERECHO E IZQUIERDO Y CRECIMIENTO FUNGICO EN OIDO IZQUIERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	09:49	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

Firmado electrónicamente por:
CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-16	09:49	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

