

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITE	ZAMBRANO	MANUEL ABELARDO	05	05	1970	55 años, 8 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0913606885	MANABI	CHONE	RICAURTE	CIUDADELA CAMILO GILER y	098-348-2976 /
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	0913606885	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2026	01	14
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 55 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR TINNITUS Y MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. PACIENTE REFIERE PRESNETAR MOVIMIENTOS EN EXTREMIDADES TIPO MIOCLONIAS DE PRODOMINIO NOCTURNO QUE LE AFECTAN EL SUEÑO. REFIERE TAMBIEN HABER CONSULTADO UN NEUROLOGO PRIVADO QUE LE SOLICITÓ REALIZARSE UN EEG. AL MOMENTO EL PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICO Y SIN ALTERACIONES APARENTES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REFIERE PRESNETAR MOVIMIENTOS EN EXTREMIDADES TIPO MIOCLONIAS DE PRODOMINIO NOCTURNO QUE LE AFECTAN EL SUEÑO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIOCLONIA	G253	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	09:39	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-01-14	09:39	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	