

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VITE             | ZAMBRANO         | MANUEL ABELARDO | 05                  | 05  | 1970 | 55 años, 10 meses, 4 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  | CHONE (URBANO) | CIUDELA CAMILO GILER y       | 098-348-2976 /       |
| 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                 | 0913606885      | 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   | 2026  | 03  | 09  |
| 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

PACINTE ACUDE CON REFREENCIA INVERSA DESDE HNDC DEBIDO A QUE ACUDIO POR EMERGENCIA POR CUADRO DE MIOCLONIAS SIN CAUSA APARENTE MAS CEFALEA INTENSA CON APP DE HTA, INDICA QUE HACE UN MES RECIBIO ATENCION POR NEUROLOGO PARTICULAR QUIEN PRESCRIBIO LACOSAMIDA 100MG CADA 12H, ZOPLICONA 3MG, Y NIMODIPINO. INDICA QUE ESTA CEFALEA,ACTUALMENTE PRESNETA SENSACION DE DEBILIDAD Y A PASAR DE LA ZOPLICONA SE DESPIERTA 4AM, ADEMAS LOS MOVIMIENTOS NO LE PERMITEN CONCILIAR EL SUEÑO.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| MIOCLONIA   | G253   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | RMA                                                                                                                                                                                        |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-09 | 12:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>MARIA GORETTI<br>MOREIRA SANCHEZ<br>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 clínico

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-09 | 12:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |