

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITE	ZAMBRANO	MANUEL ABELARDO	05	05	1970	56 años, 1 meses, 12 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	Neurología		2026	06	17
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 DE 56 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE MIOCLONÍAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA CRÓNICA QUE REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA EMISIÓN DE REFERENCIA MÉDICA CON EL OBJETIVO DE CONTINUAR CONTROLES PERIÓDICOS, EVALUACIÓN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO INSTAURADO. CONSIDERANDO QUE SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA QUE PUEDE GENERAR LIMITACIÓN FUNCIONAL, AFECTAR LA CALIDAD DE VIDA Y REQUERIR AJUSTES FARMACOLÓGICOS PERIÓDICOS DE ACUERDO CON LA RESPUESTA CLÍNICA Y PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS, SE CONSIDERA INDISPENSABLE LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN POR ESPECIALISTA. ASIMISMO, REQUIERE VALORACIÓN NEUROLÓGICA INTEGRAL PARA MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD, PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO TERAPÉUTICO A LARGO PLAZO. POR LO EXPUESTO, SE EMITE REFERENCIA A HOSPITAL PARA SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA, CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO Y CONTROL ESPECIALIZADO, DEBIDO A QUE LA COMPLEJIDAD DE LA PATOLOGÍA EXCEDE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIOCLONIA	G253	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	12:24	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

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
2026-06-17	12:24	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

