

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HERRERA	MIRANDA	MARCELA ALEXANDRA	28	06	1971	53 años, 7 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0913659744	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PICHINCHA y BOLIVAR	099-686-4146 /
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	0913659744	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA DE CHONE	Consulta externa	Medicina Interna		2025	02	13
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 REFIERE QUE SE HA REALIZADO ESTUDIOS DE RESONANCIA PARA DESCARTAR MIASTENIA GRAVIS, HA PRESENTADO CAIDA PALPEBRAL BILATERAL, HA TENIDO VALORACION POR OFTALMOLOGIA DONDE TAMPOCO REFIEREN PATOLOGIA, ANTECEDENTE DE MIGRAÑA, EN UNA OCASION GLICEMIA CAPILAR 50MG/DL. ACTUALMENTE CON MEDICACION CON MAGNESIO Y VITAMINAS. HA TOMADO RISPERIDONA, NEURYL, NOVUMORAL, REFIERE TRABAJO A PRESION COMO ASESORA JURIDICA. HA CONCILIADO EL SUEÑO MEDIANTE TOMA DE MEDICACIÓN. TEME QUEDARSE SOLA, A RAIZ DE TERREMOTO SE HA VISTO AFECTADA. ANTECEDENTE FAMILIAR PADRES HTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO NEUROMUSCULAR, NO ESPECIFICADO	G709	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	14:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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