

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	FAJARDO	DEXI JANETH	28	09	1976	49 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1203875263	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	EL COROZO y	098-292-0641 /
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	1203875263	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Neurología	2026	07	28	
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 49 AÑOS, APP DE MIASTENIA GRAVIS, DISCAPACIDAD FISICA 47% DX HACE 7 AÑOS CON TRASTORNO DE MANTENIMIENTO Y CONSILIACION DE SUEÑO PRODUCTO DE SU ENFERMEDAD, PACIENTE REFIERE QUE CON DOSIS ESTABLECIDA MANTIENE EL SUEÑO SOLO 4 HORAS POR LO CUAL DECIDE AUMENTAR A 12 GOTAS HORA SUEÑO, ACTUALMENTE CONCILIA EL SUEÑO POR 6 HORAS, A PRESENTADO DECAIMIENTO Y FATIGA MUSCULAR.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PTOSIS PARPEBRAL,DEBILIDAD DE BRAZOS, PIERNAS CANSANCIO Y FATIGA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIASTENIA GRAVIS	G700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	11:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-07-28	11:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	