

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MOREIRA	RAMON SALVADOR	09	02	1946	79 años, 11 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300003470	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA FE 2000 y SN	096-734-3304 /
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	1300003470	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	Otorrinolaringología	2026	01	15
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 79 AÑOS DE EDAD *** APP: HTA (LOSARTAN 50 MG) + POLIARTRITIS *** APF: HIJO (DM II) HERMANOS (DM II) *** APQ: APENDICECTOMIA + COLECISTECTOMIA + PROSTATA *** AA: NR _____ ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE +/- 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR VÉRTIGO CENTRAL ACOMPAÑADO DE DOLOR CERVICAL, NIEGA NAUSEAS O VÓMITOS. AÑADE QUE TUVO UNA CAIDA HACE ALGUNOS AÑOS GENERANDO TRAUMA CRANEENCEFALICO DE LÑADO IZQUIERDO. ADEMÁS REFIERE HABER SIDO HOSPITALIZADO POR LABERINTO Y HABER SIDO ATENDIDO EN PORTOVIEJO. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD. SE REALIZA MANIOBRAS DE MARCHA Y ESTABILIDAD. COMPROMETIDAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	H814		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-01-15	12:05	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Validado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME 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
2026-01-15	12:05	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

