

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	NELLY LUCIA	18	07	1946	79 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300335336	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y CHONE	099-926-1666 /
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	1300335336	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	03	25
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 ☐

MAREOS RECURRENTES DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, ASOCIADOS A SENSACIÓN ROTATORIA TIPO VÉRTIGO Y CAIDAS

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 79 AÑOS DE EDAD, CON APP DE DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 500 MG VO UNA VEZ AL DÍA, LOSARTAN 50MG VO CADA DÍA. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO DE MAREOS RECURRENTES DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, ASOCIADOS A SENSACIÓN ROTATORIA TIPO VÉRTIGO, INESTABILIDAD POSTURAL Y EPISODIOS DE CAÍDAS. REFIERE ADEMÁS DOLOR INTERMITENTE EN OÍDO, SIN OTORREA NI HIPOACUSIA MARCADA. NIEGA PÉRDIDA DE CONCIENCIA, DÉFICIT MOTOR, DISARTRIA, ALTERACIONES VISUALES O CEFALEA INTENSA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	15:12	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-03-25	15:12	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

