

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORDERO	CANDELARIO	JUDITH NELLY	18	03	1936	88 años, 8 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300775374	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y COLIBRI	099-927-7675 /
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	1300775374	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	Neurología	2024	12	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

Pact refiere mareos que vienen presentandose en el ultimo mes que se exacerban con los cambio bruscos de movimiento cefalico y sin perdida de la conciencia, en la ultima semana presenta en dos ocasiones, el dia de hoy presnto una crisis y fue hospitalizada por emergencia, realizan TC sin informe al momento pero medico de emergencia le indica que no hay alteraciones agudas. La envian a esta casa de salud para conseguir referencia para valoracion por medico especialista en Neurologia. Al momento pact estable sin altaraconbes o signos de patolofgia aguda.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IC con especialista en neurologia

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MAREO Y DESVANECIMIENTO	R42X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-10	15:30	Medicina General	RONALD DAVID GONZALEZ PONCE	131070174	

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