

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                |                                  |                            |             |           |                              |     |      |                      |     |
|------------------|----------------|----------------------------------|----------------------------|-------------|-----------|------------------------------|-----|------|----------------------|-----|
| APELLIDO PATERNO |                | APELLIDO MATERNO                 |                            | NOMBRES     |           | FECHA DE NACIMIENTO          |     | EDAD | SEXO                 |     |
| ROMERO           |                |                                  |                            | NORMA EDITH |           | 6                            | 11  | 1942 | 82                   | M   |
|                  |                |                                  |                            |             |           | DIA                          | MES | AÑO  | D-M-A                | H/M |
| NACIONALIDAD     | PAIS           | CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE | LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |             |           | DIRECCION DOMICILIO          |     |      | Nº TELEFONICO        |     |
| ECUATORIANA      | ECUADOR        | 1301615371                       | 13                         | 2           | 50        | CDLA INES MORENO             |     |      | 959647868            |     |
| VER INSTRUCTIVO  | DESCRIBIR PAIS | CEDULA DIEZ DIGITOS              | PROVINCIA                  | CANTON      | PARROQUIA | CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA |     |      | CONVENCIONAL/CELULAR |     |

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTRUCCIONALES

|                             |                                  |                          |              |      |               |     |      |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|------|---------------|-----|------|
| ENTIDAD DEL SISTEMA         | HIST. CLINIC Nº                  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |              | TIPO | DISTRITO/AREA |     |      |
| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA |                                  | C.S. INES MORENO         |              | A    | 13D06         |     |      |
| REFIERE O DERIVA A:         |                                  |                          |              |      | FECHA         |     |      |
| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA         | NEUROLOGIA   |      | 23            | 9   | 2025 |
| ENTIDAD DEL SISTEMA         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO                 | ESPECIALIDAD |      | DIA           | MES | AÑO  |

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

|                                   |   |                                     |                                   |   |                          |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturacion de capacidad instalada | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | 2 | <input type="checkbox"/>            | Otros/ Especifique                | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | 3 | <input type="checkbox"/>            |                                   |   |                          |

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

APP: ENFERMEDAD DE PARKINSON HACE 2 AÑOS EN TRATAMIENTO MEMANTINA 400 MG HORA SUEÑO, ARTROSIS DE RODILLA BILATERAL CON APLICACION DE PROTESIS DE RODILLA IZQUIERDA ( 2 AÑOS) COLITIS CRONICA DIABETES MELLITUS XIGDUO 1000 MG /10 M,G M UNA VEZ AL DIA, HTA: LOSARTAN 50 MG 8 AM. ADULTA MAYOR CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR TEMBLOR FINO EN MANO DERECHA Y MIEMBRO INFERIOR DERECHA CON DISMINUCION DE LA FUERZA, DEBILIDAD, FATIGA, PRESENCIA DE MAYOR SALIVACION CON MAYOR PREDOMINIO EN HORAS DE LA MAÑANA, EN OCASIONES PERDIDA DE MEMORIA. EXAMEN FISICO: NEUROLOGICO: ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. MII: CHASQUID Y CRUJIDO EN ART DE RODILLA DERECHA. GLUCOSA POSTPRANDIAL ALTA 283 MG/DL.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TOMOGRAMAIA PENDIENTE

5. DIAGNÓSTICO

|   |                         |         |     |     |
|---|-------------------------|---------|-----|-----|
|   |                         | CIE -10 | PRE | DEF |
| 1 | ENFERMEDAD DE PARKINSON | G20X    |     | X   |
| 2 |                         |         |     |     |

NOMBRE DEL PROFESIONAL: MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA CODIGO MSP 1723141550 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTRUCCIONALES

|                               |                          |                          |              |      |               |     |     |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|------|---------------|-----|-----|
| ENTIDAD DEL SISTEMA           | HIST. CLINIC Nº          | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |              | TIPO | DISTRITO/AREA |     |     |
|                               |                          |                          |              |      |               |     |     |
| CONTRAREFIERE O REFERENCIA A: |                          |                          |              |      | FECHA         |     |     |
| ENTIDAD DEL SISTEMA           | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO                 | ESPECIALIDAD |      | DIA           | MES | AÑO |

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCECIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNÓSTICO

|   |  |         |     |     |
|---|--|---------|-----|-----|
|   |  | CIE -10 | PRE | DEF |
| 1 |  |         |     |     |
| 2 |  |         |     |     |

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 7. REFERENCIA JUSTIFICADA |  |
|---------------------------|--|