

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	VERA	MARIANA DE LA O	06	08	1955	70 años, 0 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301991152	MANABI	CHONE	CANUTO	CDLA VIRGEN DE GUADALUPE y X	099-575-3268 /
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	1301991152	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	09	04
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 FEMENINO DE 70 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A NEUROLOGIA POR MOTIVO QUE EN HOSPITAL SOLICITARON CITA PARA VALORACIÓN. PANCIENTE DIAGNOSTICADA CON CIRROSIS HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS. AL MOMENTO PACIENTE CON AMNESIAS RETROGRADAS SEGUN LO QUE REFIERE FAMILIAR, PACIENTE NO SE ENCUENTRA UBICADA EN CIERTOS MOMENTOS EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, PACIENTE CON PERIODOS EN EL QUE SE EVIDENCIA SENSIBILIDAD Y COMIENZA A LLORAR, PACIENTE CON DIFICULTAD PARA CAMINAR POR OTRA PARTE HAY PRESENCIA DE TEMBLORES EN MIEMBRO SUPERIORES. SE REALIZA ESCALA DE DE PD-CFR EN EL QUE OBTUVO UNA PUNTUACION DE 16 PUNTOS. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-04	08:07	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

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
2025-09-04	08:07	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

