

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LARA	MERO	CECILIO	17	09	1956	69 años, 1 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302059215	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	A y A	096-402-6668 /
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	1302059215	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	2025	11	13
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

pacietne adulto mayor con antecedente de hipertension arterial y diabetes mellitus con tratamiento , presenta temblores finos an las manos, este temblor a ido aumentando con el pasar del tiempo a punto que se le imposibilita agarrar objetos se presume que es un temblor esencial.se envia a neurologia para evidenciar un parkinson...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

a su evaluacion...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TEMBLOR ESENCIAL	G250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	08:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE 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 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
2025-11-13	08:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

