

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	CASTILLO	MIGUEL IGNACIO	23	01	1956	70 años, 0 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302325202	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV AMAZONAS y	099-074-8050 /
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	1302325202	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	2026	02	12
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 MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD, ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS RECURRENTES DE VÉRTIGO ROTATORIO ACOMPAÑADO DE SENSACIÓN DE INESTABILIDAD Y MAREO, QUE SE EXACERBAN CON CAMBIOS DE POSICIÓN Y ACTIVIDADES COTIDIANAS, ASOCIADOS A NÁUSEAS SIN LLEGAR AL VÓMITO Y OCASIONALES CEFALÉAS LEVES. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS HAN LIMITADO PARCIALMENTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS Y GENERAN INSEGURIDAD AL CAMINAR. NIEGA FIEBRE, SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O GASTROINTESTINALES, ASÍ COMO ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO CRANEAL RECIENTE. AL MOMENTO DEL EXAMEN SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO, CON FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROMES VERTIGINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	H82X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	10:46	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO 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
2026-02-12	10:46	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

