

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | DALINDA SUSANA | 11                  | 08  | 1950 | 74 años, 3 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302347842        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | TACHEVE y                    | 097-957-7225 /       |
| 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                 | 1302347842                               | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |                      | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                      |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                      | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Otorrinolaringología | 2024           | 11  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad         | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINO DE 74 A DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA ATENCION MEDICA , AP: HTA (LOSARTAN 50 MG QD) Y DM (METFORMINA 500 MG). AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE PRESENTAR CUADRO CRONICO DE VERTIGO, LO DESCRIBE COMO SI EL MUNDO SE MOVIERA A SU ALREDEDOR, DE UNA DURACION DE 6 A APROXIMADAMENTE. ESTOS EPISODIOS DURAN VARIOS MINUTOS Y SE HAN PRESENTADO CON MAYOR FRECUENCIA ESTOS ULTIMOS MESES. SE ACOMPAÑAN DE HIPOACUSIA, TINITUS, NAUSEAS Y VOMITOS. AL EXAMEN FISICO SE REALIZA MANIOBRA DIX HALLPIKE: NEGATIVO (DURANTE CAMBIO DE POSICION NO PRESENTO VERTIGO), MANIOBRA DE SKEW: NEGATIVO Y MANIOBRA DE IMPUSO CEFALICO: +/-, SE PERCIBE NISTAGMO HORIZONTAL AL VALORAR LADO IZQUIERDO. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 74 A DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA ATENCION MEDICA , AP: HTA (LOSARTAN 50 MG QD) Y DM (METFORMINA 500 MG). AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE PRESENTAR CUADRO CRONICO DE VERTIGO, LO DESCRIBE COMO SI EL MUNDO SE MOVIERA A SU ALREDEDOR, DE UNA DURACION DE 6 A APROXIMADAMENTE. ESTOS EPISODIOS DURAN VARIOS MINUTOS Y SE HAN PRESENTADO CON MAYOR FRECUENCIA ESTOS ULTIMOS MESES. SE ACOMPAÑAN DE HIPOACUSIA, TINITUS, NAUSEAS Y VOMITOS . AL EXAMEN FISICO SE REALIZA MANIOBRA DIX HALLPIKE: NEGATIVO (DURANTE CAMBIO DE POSICION NO PRESENTO VERTIGO), MANIOBRA DE SKEW: NEGATIVO Y MANIOBRA DE IMPUSO CEFALICO: +/-, SE PERCIBE NISTAGMO HORIZONTAL AL VALORAR LADO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS VERTIGOS PERIFERICOS | H813   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-11-13 | 21:45 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-11-13 | 21:45 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |