

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	LOOR	ANTONIA BERTINA	21	03	1936	88 años, 7 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302688286	MANABI	CHONE	RICAURTE	EL BEJUCO HACHA y	098-475-4506 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302688286	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2024	11	14
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

AADULTA MAYOR QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE AROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MAREOS DE TIPO CENTRAL QUE SE ACOMPAÑA DE SENSACION DE NAUSEAS Y PALIDES GENRALIZADA. APCINETE A ACUDIDO DE MANERA PARTICULAR A ESPECIALISTAS SIN EMBARGO NO ENCUENTRA MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO. ACTUYALEMNTTE PRESENTA POLIFARMACIA UA QUE SE LE ADMINISTRA GOVAL GOTAS 6 GOTAS CADA DIA KOBIL EMS CADA DIA BETASERC 16 MG CADA 12 HORAS NEOGAIBIL GOTAS CADA NOCHE Y CARVEDIL D 25/12.5 CADA DIA. PACIENTE MAL MANEJADA POR FAMILIAR YA QUE SE LE DA MEDICACION SEGUN LAS "NECESIDADES" QUE DETECTA LA MISMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-14	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-11-14	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	