

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAMPAN	ZAMBRANO	FLOR MARIA	15	11	1960	65 años, 3 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303229205	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MIRAFLORES y	099-658-9735 / (99)-291-8971
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	1303229205	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	03	05
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

TEMBLOR EN MANOS DESDE HACE ALGUNOS MESES ACOMPAÑADO DE TEMBLOR EN MIEMBROS INFERIORES - ADEMAS PRESENTA RIGIDEZ E INMOVILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES - DIFICULTAD A LA MARCHA - FACIES RIGIDA SIN DEMOSTRAR CAMBIOS EN SU MIMICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TEMBLOR EN MANOS DESDE HACE ALGUNOS MESES ACOMPAÑADO DE TEMBLOR EN MIEMBROS INFERIORES - ADEMAS PRESENTA RIGIDEZ E INMOVILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES - DIFICULTAD A LA MARCHA - FACIES RIGIDA SIN DEMOSTRAR CAMBIOS EN SU MIMICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	15:18	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS 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 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
2026-03-05	15:18	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	