

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	MARIANO ABRAHAN	27	09	1961	63 años, 1 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303234551	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SN y SN	099-311-2402 /
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	1303234551	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2024	11	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

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLOGICO PERSONAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIAGNOSTICADO HACE 8 AÑOS Y CONTROLADA CON LOSARTÁN 100 MG QD, PARKINSON DIAGNOSTICADO HACE 7 AÑOS APROX EN TRATAMIENTO CON LEVODOPA (250 MG)) + CARBIDOPA (25 MG) C8H, REFIERE NEUROLOGA EN GYE LE ENVIO GABAPENTINA, MIRAPEX, NEOGAIVAL. TEL: 0967758518, 0986903355, SSC, AUTOIDENTIFICACION ETNICA MESTIZO, CASADO, RESIDE EN PARROQUIA RICAUARTE CENTRO, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. REFIERE AUMENTO DE CRISIS PARKINSONIANAS, CARACTERIZADAS POR RIGIDEZ E INESTABILIDAD POSTURAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-05	11:16	Medicina Rural	MARY LEIDY ESMERALDAS AVEIGA	1315935229	

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
2024-11-05	11:16	Medicina Rural	MARY LEIDY ESMERALDAS AVEIGA	1315935229	

