

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ZAMBRANO	GLORIA CONCEPCION	28	09	1961	64 años, 8 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304249392	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHONE y	098-784-3546 /
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	1304249392	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	10
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 DE 64 AÑOS DE EDAD, APP: MIGRAÑA, PARALISIS DE BELL (HACE 6 AÑOS), DIABETES MELLITUS II (DX HACE 2 AÑOS) EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 1500 MG QD, APF: SOBRINA CANCER DE MAMA FALLECIDA, MADRE EPOC , FALLECIDA, PADRE CÁNCER DE PROSTATA FALLECIDO. ACUDE POR CUADRO CLINICO CARCATERIZADO POR TEMBLOR INTERMITENTE EN MANOS, PREDOMINANTEMENTE A NIVEL DEL DEDO PULGAR, DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE. MANIFIESTA QUE EL TEMBLOR SE ACENTÚA ANTE SITUACIONES DE ESTRÉS O TENSION EMOCIONAL. OCASIONALMENTE LO PRESENTA EN REPOSO. NIEGA DEBILIDAD, ALTERACIONES DE LA MARCHA, RIGIDEZ, CAÍDAS, PÉRDIDA DE FUERZA, TRASTORNOS DEL HABLA O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA NEUROLÓGICO ASOCIADO. AL EXAMEN FÍSICO NO SE EVIDENCIAN DÉFICITS NEUROLÓGICOS APARENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

02/03/2026: BIOMETRÍA HEMÁTICA EXAMEN RESULTADO UNIDAD V. REFERENCIA Recuento de Glóbulos Rojos $4.99 \times 10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina 13.7 g/dL 13 - 17 Hematocrito 41.9 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) $83.9 \mu\text{m}^3$ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 27.5 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.7 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWc) 12.7 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) $40 \mu\text{m}^3$ — Plaquetas $264 \times 10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito 0.29 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) $10.9 \mu\text{m}^3$ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 13.9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) $86 \times 10^3/\mu\text{L}$ — P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 32.5 % — Glóbulos Blancos $7.3 \times 10^3/\mu\text{L}$ — Linfocitos (%) 44.9 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 43.2 % 55 - 65 Monocitos (%) 7.7 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.9 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 1.3 % 0 - 2 Linfocitos (#) $3.28 \times 10^3/\mu\text{L}$ 1 - 4.4 Neutrófilos (#) $3.16 \times 10^3/\mu\text{L}$ 1.6 - 7 Monocitos (#) $0.56 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0.3 - 1 Eosinófilos (#) $0.21 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.09 $10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.2 --- BIOQUÍMICA EXAMEN RESULTADO UNIDAD REFERENCIA Glucosa 161.4 mg/dL 70 - 110 Creatinina 0.99 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.46 mg/dL 2.4 - 6 Colesterol 218.6 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 147.6 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 18.4 U/L 0 - 31 TGP/ALT 19.0 U/L 0 - 32 --- COPROANÁLISIS EXAMEN DIRECTO MACROSCÓPICO Color: Café Consistencia: Pastosa EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos: No se observan parásitos HELICOBACTER PYLORI EN HECES Resultado: Negativo 19/05/2026: EXAMEN RESULTADO UNIDAD REFERENCIA Glucosa 169.9 mg/dL 70 - 110 Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) 7.9 % 4.5 - 5.8

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TEMBLOR NO ESPECIFICADO	R251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	14:22	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-10	14:22	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	