

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	ZAMBRANO	ANGEL AFRODITO	08	01	1965	60 años, 0 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304641192	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RASPADURA y	098-656-6182 /
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	1304641192	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	01	30
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 60 AÑOS. APP: PARKINSON HACE 6 AÑOS / APF: MAMA Y HERMANAS DMII. APQX: NO REFIERE. NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. ACUDE A CONTROL DE SU ENFERMEDAD, SOLICITA CONTROLES SUBSECUENTE EN HOSPITAL. AL MOMENTO PACIENTE CON RIGIDEZ, TEMBLOR, LENTITUD DE MOVIMIENTOS/ PERDIDA DE EQUILIBRIO/ DOLOR PRECORDIAL FRECUENTE/ REFIERE TENER DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO Y ANSIEDAD/ REFIERE ENOJOS FRECUENTES, QUE NO QUIERE QUE LO VEAN/ PENSAMIENTOS NEGATIVOS. SE ENVIA REFERENCIA A NEUROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO PACIENTE CON RIGIDEZ, TEMBLOR, LENTITUD DE MOVIMIENTOS/ PERDIDA DE EQUILIBRIO/ DOLOR PRECORDIAL FRECUENTE/ REFIERE TENER DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO Y ANSIEDAD/ REFIERE ENOJOS FRECUENTES, QUE NO QUIERE QUE LO VEAN/ PENSAMIENTOS NEGATIVOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	14:48	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-01-30	14:48	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

