

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	MERA	PAULA FRANCISA	30	06	1945	79 años, 6 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304785296	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILO GILER y SD	096-723-7395 /
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	1304785296	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	01	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 79 A, AP: ATOPIA, AQX: NR, AF: NR, ACUDE A CITA MEDICA POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR VERTIGO (DESCRITO COMO: TOMO EL MUNDO LE DA VUELTAS) DE INICIO SUBITO, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, EL CUAL SE PRECIPITA ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DE CABEZA. NIEGA CEFALEA,HIPOACUSIA, ACUFENO U OTALGIA. ACUDE CON LABS, REPORTADOS EN PESTAÑA. AL EXAMEN FISICO SE REALIZA MABIOBRA DE DIX HALLPIKE: LA CUAL PRODUJO NISTAGMO HORIZONTAL, Y VERTIGO, EL CUAL DURO APROX 4 MIN, POSTERIORMENTE PACIENTE PUDO MANTENERSE DE PIE SIN PROBLEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: UREA: 36 CR:0.5 GLUCOSA: 94 COLESTEROL: 210 TRIGLICERIDOS: 137 AC URICO: 4.6 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB: 6.5 GR: 3.98 HGB: 12.7 HCT: 36.8 PLT: 261 NEUT%: 49.1 LINF%: 37

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	16:08	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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/Área	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
2025-01-29	16:08	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	