

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SOLORZANO        | ZAMBRANO         | VICENTA AQUILINA | 23                  | 01  | 1953 | 71 años, 11 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304861071        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | VIA CUCUY y                  | 098-044-7608 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1304861071      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2024  | 12  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE TRES MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PEQUEÑOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN AMBAS MANOS ASIMISMO MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE EXTREMIDADES INFERIORES , ADEMAS SE ACOMPAÑA DE MOVIMIENTOS DE MASTICACION , MIRADA PERDIDA POR LO CUAL SE DECIDE EMPEZAR TRAMITES DE REFERENCIA PARA MEJOR MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PEQUEÑOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN AMBAS MANOS ASIMISMO MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE EXTREMIDADES INFERIORES , ADEMAS SE ACOMPAÑA DE MOVIMIENTOS DE MASTICACION , MIRADA PERDIDA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEGENERACION CEREBRAL SENIL NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | G311   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-23 | 09:40 | Medicina Rural | ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY | 1315357176 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-23 | 09:40 | Medicina Rural | ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY | 1315357176 |       |