

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ALCIVAR	JOAQUIN MANUEL	12	11	1957	68 años, 4 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304864521	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO LA REA LA MARGARITA y	099-013-5122 /
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	1304864521	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	03	18
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	☐	TEMBLOR EN AMBAS MANOS	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100 MG AM AMLODIPINO 10 MG PM. ACUDE FAMILIAR FAMILIAR AL A ACTUALIZACION SOLICITUD DE REFERENCIA A NEUROLOGÍA POR PRESENTAR TEMBLOR EN AMBAS MANOS HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, NO REFIERE NINGUNA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES. 0990135122 - 0979496623

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TEMBLOR EN AMBAS MANOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TEMBLOR ESENCIAL	G250	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	08:04	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-03-18	08:04	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	