

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VALDEZ	GREGORIO ARTIMIDORO	20	08	1966	58 años, 11 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305149039	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y CARLOS CONCHA	096-752-4469 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305149039	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	08	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

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD, APP HTA TRATADA CON LOSARTAN 100MG QD Y HERNIA UMBILICAL (YA EN SEGUIMIENTO POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL), ALERGIAS NO REFIERE, APQX NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, REFIERE DESDE HACE 4 MESES PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO, REFIERE QUE HAY NOCHES EN LAS QUE NO DUERME, Y DESDE HACE 6 MESES ENTUMECIMIENTO EN AMBAS RODILLAS. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVAN TEMBLORES EN AMBAS MANOS, NO SE EVIDENCIA DEBILIDAD. REFIERE PROBLEMAS EMOCIONALES A RAIZ DE FALLECIMIENTO DE FAMILIARES POR ACCIDENTE DE TRANSITO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TEMBLOR NO ESPECIFICADO	R251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	10:01	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	 FIRMA Firmado electrónicamente por: CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-18	10:01	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	