

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	BELLA CARLINA	12	01	1965	60 años, 5 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	1305487058	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA AMAZONAS y	099-074-8050 /
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	1305487058	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	07	11
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

FEMENINA DE 60 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR VÉRTIGO RECURRENTE, DE APARICIÓN INTERMITENTE, DE ENCADENADO PRINCIPALMENTE POR CAMBIOS DE POSICIÓN Y MOVIMIENTOS BRUSCOS DE LA CABEZA, ACOMPAÑADO OCASIONALMENTE DE NÁUSEAS, INESTABILIDAD Y SENSACIÓN DE MAREO. NO REFIERA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA NI DÉFICITS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS. SE SUGIERE EVALUACIÓN OTONEUROLÓGICA PARA DESCARTAR VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO U OTRAS CAUSAS CENTRALES O PERIFÉRICAS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VERTIGO DE LARGA DATA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	H814	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-11	14:28	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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