

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINEL	ARROYO	ELSA ESPERANZA	13	01	1958	67 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305891234	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CAROS ALBETO ARAY y	098-023-4575 / (05)-269-8816
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	1305891234	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	08	22
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

F 67A. APP: HTA (LOSARTÁN 50MG BID + AMLODIPINO 5MG QD) + CA EN MII (NO RECUERDA QUE CANCER, SOLO SABE QUE LA OPERARON - EN SEGUIMIENTO EN SOLCA). APF: NR. APQX: COLECISTECTOMÍA (2023) + RESECCIÓN DE TUMOR EN MII. AA: AINES (CREE, NO ESTA SEGURA). AGO: G6P5A1. ACUDE POR MAREOS Y PERDIDA DE EQUILIBRIO DE 1 SEM DE EVOL. DURACIÓN DE POCOS MINUTOS, DESENCADENADO POR CAMBIOS BRUSCOS DEL MOVIMIENTO O DE POSICIÓN, HIPOACUSIA, CEFALEAS. MENCIONA ADEMÁS DOLOR ARTICULAR EN ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICAS DE MANO DERECHA CON LIMITACIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO. EL RESTO DEL INTERROGATORIO Y EX. FÍSICO SIN NOVEDAD. ESCALAS GERIÁTRICAS: 2 PUNTOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-22	11:27	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-08-22	11:27	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	