

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	VELEZ	AYDA POLICARPA	17	02	1970	55 años, 5 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306018613	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE ROLDOS y SN	099-084-0162 /
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	1306018613	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2025	08	12	
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 DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL SE OBSERVA MOVIMIEMTOS FINOS EN MIEMBROS SUPERIORES Y MARCHA CARACTERISTICA PROPULSIVA PARKISONIANA, FAMILIARES REFIEREN QUE TIENE VARIOS AÑOS CON ESTE PROBLEMA Y QUE HA IDO EMPEORANDO CON EL PASO DEL TIEMPO, NO PUEDE DEAMBULAR POR SU PROPIO MEDIO DEBIDO A ESTO. ACTUALMENTE NO TOMA TRATAMIENTO ALGUNO. CONSCIENTE CONGRUENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO, NO REFIERE ALZA TERMICA NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA O DIGESTIVA CS PS CLAROS Y VENTILADOS RSCS RITMICOS A FEBRIL A LA CONSULTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON RESULTADOS DE LABORATORIO AL MOMENTO DE LA CITA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-12	13:23	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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 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
2025-08-12	13:23	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	