

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOX	CEVALLOS	LUIS MANUEL	27	01	1968	57 años, 8 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306390681	MANABI	CHONE	CANUTO	7 DE AGOSTO y MALECON	099-025-6295 /
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	1306390681	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	10	17
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 57 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TEMBLOR DE REPOSO EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, DE INICIO INSIDIOSO Y PROGRESIVO, ACOMPAÑADO DE RIGIDEZ MUSCULAR GENERALIZADA Y SENSACIÓN DE DEBILIDAD. EL PACIENTE REFIERE QUE FUE VALORADO HACE SEIS MESES EN OTRA UNIDAD DE SALUD, DONDE SE LE INDICÓ MEDICACIÓN (DESCONOCE NOMBRE), SIN OBTENER MEJORÍA CLÍNICA. DESDE ENTONCES, LOS TEMBLORES HAN AUMENTADO EN FRECUENCIA E INTENSIDAD, AFECTANDO SUS ACTIVIDADES LABORALES Y DOMÉSTICAS, CON DIFICULTAD PARA ESCRIBIR, ABROCHARSE LA ROPA Y MANEJAR OBJETOS FINOS. NIEGA CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES, PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, NI TRAUMATISMOS RECIENTES. NO REFIERE FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-17	15:11	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2025-10-17	15:11	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

