

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	MENDOZA	RAMONA DE JESUS	04	06	1971	54 años, 1 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	1306451905	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MALECON DEL RIO y CARLOS CONCHA	099-916-7252 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306451905	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	07	30
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 54 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR, DESDE HACE APROXIMADAMENTE 10 DÍAS, EPISODIOS RECURRENTES DE MAREO TIPO INESTABILIDAD Y VÉRTIGO, ACOMPAÑADOS EN DOS OCASIONES DE PÉRDIDA SÚBITA Y TRANSITORIA DE LA CONCIENCIA (SÍNCOPE), CON RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA EN POCOS MINUTOS, SIN PERIODO POSTICTAL EVIDENTE. REFIERE SENSACIÓN PREVIA DE VISIÓN BORROSA Y SUDORACIÓN FRÍA ANTES DE LOS EVENTOS. NIEGA CONVULSIONES, INCONTINENCIA ES FINTERIANA O MORDEDURA LINGUAL. NO PRESENTA FIEBRE, CEFALEA INTENSA NI FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VERTIGO Y PERDIDA DE CONCIENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	H813		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	13:29	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-07-30	13:29	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	