

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | PAZMIÑO          | ESPERANZA DEL ROCIO | 06                  | 09  | 1972 | 53 años, 0 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306632314        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE 14 DE AGOSTO y         | 096-835-3929 / (05)-236-1666 |
| 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                 | 1306632314      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 09  | 18  |
| 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 FEMENINO DE 53 AÑOS DE EDAD ACUDE AL CENTRO DE SALUD APP: DIABETES , HIPERTENSION, APF: NO REFIERE, APQ:AMPUTACION MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR DEBAJO DE LA RODILLA. HOSPITALIZACION: UCI ABRIL DEL PRESENTE AÑO POR PRESENCIA DE MASA EN EL URÉTER IZQUIERDO DONDE AMERITO 4 SESIONES DE DIÁLISIS .PACIENTE REFIERE QUE LE TIEMBLA EL CUERPO, PIROSIS DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES, PARESTESIA EN PIERNA IZQUIERDA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TEMBLOR NO ESPECIFICADO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------|--------|-----|-----|
| TEMBLOR NO ESPECIFICADO | R251   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-09-18 | 09:58 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO | 1312946617 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-09-18 | 09:58 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO | 1312946617 |       |