

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	BAZURTO	MIGUEL ABRAHAN	29	09	1962	63 años, 6 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306834720	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	JARAMA y SD	099-481-5795 /
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	1306834720	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	04	15
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	☐	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR MAREOS INTERMITENTES, DE PRESENTACIÓN PROGRESIVA EN FRECUENCIA, SIN PRECISAR DESENCADENANTE CLARO, DE INTENSIDAD VARIABLE, QUE NO CEDEN COMPLETAMENTE A PESAR DE TRATAMIENTO CON BETAHISTINA (MICROSER 24 MG VO). REFIERE AUSENCIA DE CAÍDAS ASOCIADAS HASTA EL MOMENTO. FAMILIAR REFIERE QUE EXÁMENES DE LABORATORIO PREVIOS HABRÍAN SIDO NORMALES, NO SE REPORTAN OTROS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ACOMPAÑANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0963720302

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-15	08:47	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-04-15	08:47	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

