

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	MAURO ALBERTO	24	04	1988	37 años, 5 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308277142	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	1 y	099-299-7201 /
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	1308277142	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	09	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 MASCULINO DE 37 AÑOS ACUDE AL ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 6 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS BREVES DE VÉRTIGO ROTATORIO DESENCADENADOS POR CAMBIOS EN LA POSICIÓN: DECUBITO, ROTACIÓN CORPORAL EN DECÚBITO LATERAL, ELEVACIÓN DE MIRADA E INCLINACIÓN ANTERIOR DEL TRONCO, ADEMÁS AÑADE SENSACIÓN DE INESTABILIDAD ACOMPAÑADA DE NÁUSEAS OCASIONALES QUE LLEGAN AL VÓMITO POR 6 OCASIONES. AL MOMENTO PACIENTE, ESTABLE, COLABORADOR Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA NISTAGMO POSICIONAL DURANTE LA MANIOBRA DE DIX-HALLPIKE, SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	18:04	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA CUSME
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 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
2025-09-30	18:04	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	