

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	DELGADO	SILVIA GRASIELA	10	08	1975	50 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308457504	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CABECERA DE BARQUERO y	097-890-2194 /
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	1308457504	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	01	14
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 ☐

TRASTORNO DE LA PROPIOCEPCIÓN, HIPOESTESIA, ASÍ COMO DETERIORO DE LA MEMORIA RECIENTE

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 250 MCG DIARIOS, ANTECEDENTE ONCOLÓGICO DE CARCINOMA DE TIROIDES TRATADO MEDIANTE TIROIDECTOMÍA TOTAL Y RESECCIÓN GANGLIONAR CERVICAL EN CINCO OCASIONES, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ONCOLÓGICO (NO ESPECIFICADO), ALÉRGICA A TRAMADOL. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE INICIO INSIDIOSO, DE EVOLUCIÓN NO PRECISADA, CARACTERIZADO POR MAREO PERSISTENTE ASOCIADO A ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD, REFIRIENDO “NO SENTIR LA MANO EN RELACIÓN CON EL CUERPO”, TRASTORNO DE LA PROPIOCEPCIÓN, HIPOESTESIA, ASÍ COMO DETERIORO DE LA MEMORIA RECIENTE, MANIFESTADO POR OLVIDOS FRECUENTES DE ACTIVIDADES COTIDIANAS, SIN REFERIR TRAUMA PREVIO, SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, SIN CRISIS CONVULSIVAS, SIN FIEBRE, SIN CEFALEA INTENSA, SIN ALTERACIONES VISUALES NI DEL LENGUAJE. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, CON MARCHA CONSERVADA, FUERZA MUSCULAR APARENTEMENTE ÍNTEGRA, PERO CON SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS SENSITIVOS Y COGNITIVOS SUBJETIVOS QUE SIN COMPLICACIONES ASOCIADAS A SU PATOLOGÍA ONCOLÓGICA POR LO QUE SE CONSIDERA PERTINENTE SU REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0978902194

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA , NO ESPECIFICADA	F03X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	15:45	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-01-14	15:45	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	