

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	LAURINA VIVIANA	24	04	1979	45 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308723434	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CABECERA DE BRAVO GRANDE y	099-213-8635 /
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	1308723434	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	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

☐
- TEMBLORES EN
MIEMBROS SUPERIORES

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON HISTORIA DE TEMBLOR CON CARACTERISTICAS ESENCIAL DE MAS DE 14 AÑOS DE EVOLUCION, MOVIMIENTO NO CONTROLADO EN MIEMBROS SUPERIORES Y CUELLO. EL CUAL AUMENTA NOTABLEMTE CON EL STRESS. SIN TTO. PACIENTE AL MOMENTO CON CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD. MARCHA NO ALTERADA. TEMBLORES IMPIDEN ACTIVIDADES COTIDIANAS AL MOMENTO PACIENTE SIN SIGNOS DE GRAVEDAD. SE SOLICITA VALORACION POR NEUROLOGIA. 0984427362

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y VALORACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TEMBLOR ESENCIAL	G250	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	09:40	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-01-14	09:40	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	