

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	RENDON	CARLOS ENGEL	28	12	1981	44 años, 4 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309676177	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA y	097-672-7570 / (09)-808-9794
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	1309676177	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Neurología	2026	05	20
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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE AMISTAD, REFIERE QUE DESDE EL AÑO 2022 PRESENTÁ DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES, LUEGO AVANZA LAS DIFICULTADES DE MOVIMIENTOS A CUELLO Y EXTREMIDADES INFERIORES, DECIDE REALIZAR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA (NEUROLOGO) QUIEN INDICA TRATAMIENTO LO CUAL Y SEGUN MENCIONA USUARIA NO MEJORA LA CONDICIÓN DE AQUEL MOVIMIENTO, EMPIEZA A PRESENTAR MAYOR DIFICULTAD DE MOVIMIENTOS DE LA MARCHA Y MOVIMIENTOS NO CONTROLADOS DE MIEMBROS SUPERIORES, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR NEUROLOGO DE HOSPITAL NAPOELOEN DAVILA CORDOVA CON FECHA DE 25/2/2025 Y QUE SEGUN NORMARTIVA VIGENTE YA ES EXTEMPORANEO POR LO QUE SE SOLICITARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA (NEUROLOGÍA) PARA SU RESPECTIVA ATENCIÓN
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	08:55	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Validar únicamente en PismaEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-20	08:55	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

