

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MANTILLA	ROSA LUISANA	29	10	1982	43 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310118532	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILO GILER y	096-862-0996 /
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	1310118532	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	06	09
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 FEMENINA DE 43 AÑOS CON APP DE PARKINSON DESDE HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES EN TRATAMIENTO CON PRAMIPEXOL 0.25 MG EN LA MAÑANA Y 0.75 MG EN LA NOCHE, QUETIAPINA 25 MG QD, MONOHIDRATO DE CREATINA, APP DE ARTROPATIA IDEOPATICA, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. ACUDE A CENTRO DE SALUD SANTA RITA YA QUE REQUIERE CITA SUBSECUENTE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, PACIENTE REFIERE ADEMÁS MOVIMIENTO INCONTROLABLE EN PIE DERECHO, RIGIDEZ DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MENCIONA ADEMÁS QUE EN ÚLTIMA CONSULTA EN HNDC NO SE PUDO AGENDAR CITA SUBSECUENTE POR LO QUE ENVIAN A CENTRO DE SALUD PARA NUEVA REFERENCIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, AL MOMENTO CON TEMBLOR EN PIE DERECHO Y RIGIDEZ DE EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE PARKINSON	G20X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	10:47	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-06-09	10:47	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

