

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BONOSO	VARGAS	PAULA AMADA	11	07	1933	92 años, 6 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310247216	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE LUIS MARIA y SN	099-941-2407 /
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	1310247216	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA	Consulta externa	Neurología	2026	01	12
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 DE 90 AÑOS DE EDAD ** APP: HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 100 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 25MG) *** APQ: COLECISTECTOMIA *** APF: HIJA (DM II) ***** ACUDE ACOMPAÑADA DE HIJA REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PERSISTENCIA DE CEFALEA INTENSA HOLOCRANEANA EVA 8/10, PERDIDA DE MEMORIA OCASIONAL, ACOMPAÑADA DE ASTENIA, VÉRTIGO PERIFÉRICO, ADEMÁS DE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES, NAUSEAS Y PIROSIS. HERMANA COMENTA QUE HAY PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO. ***** SE SOLICITA APOYO POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APOYO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	15:16	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
2026-01-12	15:16	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	