

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORANTE	ALCIVAR	VERONICA MONSERRATE	14	02	1985	40 años, 11 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310304165	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MANUEL DE JESUS ALVAREZ y RAYMUNDO AVEIGA	099-727-2333 /
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	1310304165	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	02	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE A CONSULTA INDICA QUE POR VARIOS EMSES VIENE PRESENTANDO SENSACION TIPO MAREO DONDE TODO EL MUNDO LE DA VUELTA Y SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS QUE NO LLEGAN A VOMITOS MAS DOLOR HEMICRANEANO DERECHO, ESTE MAREO ES DE INICIO BRUSCO SENSACION DE GIRO POSTERIOR AL LEVANTARSE DE MODO GIRATORIO QUE NO MEJORABA CON NADA. EXAMENES SIN OVEDA MAS EL APPD E ANEMIA CRONICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: GR 5.36 HB 12.3 VCM 69.8. OSINO 10.0 ACIDO LACTICO: GLUOSA 80 UREA 24.5, NITROGENO UREICO 11.45, CREATININA 0.87 AC. URICO 4.09 COLETSTEROL 127 TRIGLICERIDOS 92 VLDL 18.4 TGO 11 TGP 14

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	H813		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-13	08:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ 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 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
2026-02-13	08:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

