

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	LOOR	LUCIA ESPERANZA	04	04	1987	39 años, 2 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312137027	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y	098-391-7924 / (99)-364-8783
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	1312137027	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	24
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 39 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, QUIEN PRESENTA NISTAGMO DE APARICIÓN DESDE LA INFANCIA SEGÚN REFIERE, DE CARÁCTER PERSISTENTE Y ESTABLE EN EL TIEMPO. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE, SIN CEFALEA, VÉRTIGO, ALTERACIONES DE LA MARCHA, DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO, CRISIS CONVULSIVAS NI OTROS SIGNOS DE COMPROMISO NEUROLÓGICO. DEBIDO A LA PRESENCIA DE NISTAGMO CRÓNICO SIN ESTUDIO ETIOLÓGICO PREVIO NI SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO, SE CONSIDERA PERTINENTE REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL, DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA Y CONDUCTA TERAPÉUTICA SEGÚN HALLAZGOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES	H55X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	14:46	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-06-24	14:46	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	