

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ARTEAGA	KELVIN DISNEY	08	12	1986	39 años, 3 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312226416	MANABI	CHONE	CONVENTO	RIO JAMA y RIO JAMA	099-446-1109 /
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	1312226416	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2026	03	31	
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 MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PERSONAL DE DISCAPACIDAD PSICOLÓGICA DEL 40%, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR EPISODIOS INTERMITENTES DE MAREO TIPO VÉRTIGO ASOCIADOS A ASTENIA Y PRESÍNCOPE, SIN LLEGAR A PÉRDIDA COMPLETA DE LA CONCIENCIA. LOS EPISODIOS TIENEN UNA DURACIÓN VARIABLE ENTRE 10 A 20 MINUTOS, SE PRESENTAN PRINCIPALMENTE AL REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN, ESPECIALMENTE AL LEVANTARSE, Y EN UNA OCASIÓN DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA (DEAMBULACIÓN). SE ACOMPAÑAN DE SÍNTOMAS VEGETATIVOS COMO SUDORACIÓN Y VISIÓN BORROSA. NIEGA CONVULSIONES, TRAUMATISMOS, PÉRDIDA DE CONTROL DE ESFÍNTERES, PALPITACIONES O DOLOR TORÁCICO. GLASGOW 15/15 ALERTA ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINCOPE Y COLAPSO	R55X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	11:18	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

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
2026-03-31	11:18	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

