

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	BRAVO	ANGELICA MARIA	22	06	1987	38 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312943333	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MIRAFLORES y	098-931-6408 /
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	1312943333	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	08	19
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 CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR MAREO ROTATORIO DESDE HACE MAS O MENOS TRES MESES DE EVOLUCION QUE SE PRESENTA CUANDO SE ACUESTA Y SE LEVANTA, MOVIMIENTOS BRUSCOS, Y EN OCASIONES CUANDO REALIZA LA DEAMBULACION, PRESENTA DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN REGION FRONTAL QUE SE EXTIENDE A REGION OCCIPITAL Y CERVICAL DESDE HACE MAS O MENOS 2 MESES DE EVOLUCION QUE SE ACOMPAÑA CON VOMITOS EN ESCOPETAS O (2) SINTOMAS SE PRESENTAN CADA TRES DIAS SIN HORARIO NI PERIODICIDAD. PACIENTE ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON MICROSER 24 MCG 8 PM FLUZINA 10 MG 8 AM EJERCICIOS PARA VERTIGO, PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTA MEJORIA DE SINTOMAS EN SU TOTALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC CEREBRAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	H814	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	10:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-19	10:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	