

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SALABARRIA       | ZAMBRANO         | DARIO ANTONIO | 27                  | 08  | 2001 | 24 años, 5 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350629117        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CHATA y X                    | 099-397-1593 /      |
| 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                 | 1350629117      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2026  | 02  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SINTOMAS REPENTINOS COMO NAUSEAS, MAREOS, DIPLOPIA, TEMBLADERA EN TODO EL CUERPO QUE ES EL SINTOMA QUE MAS PREDOMINA EN TODO EL CUADRO SEGUN EL PACIENTE Y LETARGIA, HA TENIDO APROXIMADAMENTE 6 EPISODIOS ADEMAS REFIERE QUE EN OCASIONES TIENE PRESION ARTERIAL ALTA Y REFIERE CEFALEAS DE INTENSIDAD SEVERA.. AL MOMENTO PRESION ARTERIAL DENTRO DE LIMITES ACEPTABLES Y AL EXAMEN FISICO SOLO SE OBSERVA FINO TEMBLOR DISTAL LEVE. EL PACIENTE MENCIONA AL TERMINAR LA CONSULTA QUE TAMBIEN HA TENIDO PERDIDA DE PESO DE MANERA REPENTINA. SE LE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA MAYOR VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

----

5. Diagnóstico

| Diagnóstico             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------|--------|-----|-----|
| TEMBLOR NO ESPECIFICADO | R251   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 09:48 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 09:48 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

