

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	DELGADO	ANDREA GABRIELA	26	08	1996	29 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351498769	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PICHINCHA y	099-562-7690 /
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	1351498769	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	09	26
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 ☐

Falta de profesional ☐

Otros/especifique: ☒

PACIENTE CON TEMBROLES FINOS EN MIEMBROS SUPERIORES DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGO.

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑO SIN APP: DE RELEVANCIA. APQX: CESARIA HACE 5 AÑOS, ACUDE POR CUADRO DE TEMBLORES FINOS EN MANOS DESDE LA ADOLESCENCIA QUE AL MOMENTO ESTAN AGUDIZADOS, NO PRESENTA RIGIDEZ, NO PEDIDA DE SENSIBILIDAD, PACIENTE REFIERE PERDIDA DE FUERZA, EN TRATAMIENTO CON PROPANOLOL 10 MG CADA 12 HORAS, MENCIONA QUE PIERDE SU CITA CON EL NEUROLOGO Y SOLICITA NUEVA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TEMBLOR NO ESPECIFICADO	R251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	12:37	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-09-26	12:37	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

