

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SILVA	MENDOZA	MANUEL DEL JESUS	04	06	1958	67 años, 1 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1706208913	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA BOYACÁ y CDLA LAS ESMERALDAS	099-227-7560 /
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	1706208913	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	07	21
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 REFIERE QUE DESEA VALORACION POR NEUROLOGIA, REFIERE QUE TIENE PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO HA TOMADO RELAX VIT(ZOPICLONA),ANTES SE AUTOMEDICABA ALPRAZOLAM REFIERE QUE TOMÓ AMITRIPTILINA SOLO UNA NOCHE LO DEJÓ DE TOMAR POR EFECTOS SECUNDARIOS, TRAE CARTILLA DE TOMAR LA PRESION CON VALORES NORMALES, TIENE TRASTOSNO PARA INICIAR EL SUEÑO, REFIERE QUE TIENE CORAJES EN CASA Y A VECES NO PUEDE DORMIR. ANTECEDENTES PATOLOGIVOS PERSONALES NO REFIERE, ALERGIAS RINITIS ALERGICAS, CIPROFLOXACINA, CIRUGIAS SEPTUMPLASTIA, PTERIGION, GLAUCOMA (CEGUERA DE OJO IZQUIERDO), PROSTATECTOMIA PARCIAL , HERNIORRAFIA UMBILICAL,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]	G470		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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