



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Ricaurte	CS	1351413909							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Mera	Barreiro	Fernando	Leonel	H	16-03-2007	17	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0962713382		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS DE EDAD- AL CUAL SE LE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DEBIDO A CUADRO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARAPLEJIA- POSTERIOR A TRAUMATISMO CERVICAL PORQUE SEGÚN REFIERE ESTABA ?ASERRANDO UN ARBOL QUE LE CAYO ENCIMA?- MADRE DEL PACIENTE REFIERE LE REALIZARON UNA CIRUGIA EN LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL- EN DONDE DIAGNOSTICARON MULTIPLES FRACTURAS A NIVEL DE LA COLUMNA CERVICAL Y NEUMOTORAX? POR LO CUAL ENVIAN TRATAMIENTO CON GABAPENTINA DE 300 MG Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS (CON INCENTIVADOR RESPIRATORIO)- ACTUALMENTE LLEVA +- 15 DIAS EN CASA- ENCAMADO CON TENDENCIA A PRESENTAR ULCERAS POR PRESION- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: CX COLUMNA -+ 1 MES. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO ACTIVO- ELECTIVO- ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATIAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS- INMOVILES CON HIPOTONIA- FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- SE REALIZAN PRUEBAS DE SENSIBILIDAD- FUNCION SENSITIVA CORTICAL EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES ALTERADA- SENSIBILIDAD SUPERFICIAL EN MIEMBROS SUPERIORES LEVEMENTE CONSERVADA MIENTRAS QUE EN MIEMBROS INFERIORES ALTERADA- REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS DISMINUIDOS. INDICACIONES: MEDIDAS GENERALES- CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE- CONSUMO DE AGUA SEGURA- LAVADO DE MANOS- SIGNOS DE ALARMA. PLAN: EXÁMENES DE LABORATORIO DE RUTINA- CONTROL SUBSECUENTE. PLAN: REFERENCIA TRAUMATOLOGIA. CALIFICACION DISCAPACIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Fracturas Multiples De Columna Cervical		S127		X	4.			
2.	Paraplejia No Especificada		G822	X		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-28	08:30	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311538662				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO		

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	