



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-A	1754766622						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Ordoñez	Alfonsa	Nicanora	Null	M	12-07-1964	61	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0995332483		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	130356	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	Medicina Interna

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO HACE 7 DIAS- REFIERE DIFICULTAD PARA MOVILIZAR AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES. NO REFIERE DOLOR- SIN NUEVOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS. PACIENTE ALERTA- ORIENTADA- LENGUAJE CONSERVADO. DEAMBULA CON BASTÓN Y SUPERVISIÓN. FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN EXTREMIDADES SUPERIORES- CON ESPASTICIDAD MODERADA. MOVILIDAD DISTAL MUY LIMITADA. SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO ACTUAL. SIGNOS VITALES ESTABLES. IMPRESION DX: SECUELAS MOTORES POST ECV ISQUÉMICO CRÓNICO CON HEMIPARESIA MODERADA EN EXTREMIDADES SUPERIORES. EN PROCESO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARCIAL. PLAN: SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA POR INDICACION DE NEUROLOGO TRATANTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO HACE 7 DIAS- REFIERE DIFICULTAD PARA MOVILIZAR AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES. NO REFIERE DOLOR- SIN NUEVOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS. PACIENTE ALERTA- ORIENTADA- LENGUAJE CONSERVADO. DEAMBULA CON BASTÓN Y SUPERVISIÓN. FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN EXTREMIDADES SUPERIORES- CON ESPASTICIDAD MODERADA. MOVILIDAD DISTAL MUY LIMITADA. SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO ACTUAL. SIGNOS VITALES ESTABLES. IMPRESION DX: SECUELAS MOTORES POST ECV ISQUÉMICO CRÓNICO CON HEMIPARESIA MODERADA EN EXTREMIDADES SUPERIORES. EN PROCESO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARCIAL. PLAN: SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA POR INDICACION DE NEUROLOGO TRATANTE.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Secuelas De Infarto Cerebral	I693		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-21	10:53	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	