



| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua |                                  | CS-C      | 1311286239                         |  |                           |                  |                                                         |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                      | FECHA NACIMIENTO | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Hidalgo                                                     |  | Navarrete        |                                | Marilyn                          |           | Estrella                           |  | M                         | 15-01-1980       | 45                                                      | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                |                                  |           |                                    |  |                           |                  |                                                         | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  |                           |                  |                                                         |                         |
| 0988746510                                                  |  |                  |                                | 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 resolutoria                     |                         |
| 13                                                          |  |                  |                                | 1315                             |           | 131550                             |  | 4. Equipos en mal estado. |                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |
|                                                             |  |                  |                                | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                    |  |                           |                  | X                                                       |                         |

| 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 |  | Neurologia   |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| USUARIA CON APP DE PARAPLEJIA- PCD FÍSICA 85% SECUNDARIO A "TUMOR " EN COLUMNA DORSAL DIAGNOSTICADO EN EL 2018- EL CUAL FUE INTERVENIDA EN ELMISMO AÑO- HUBO LEVE MEJORÍA POR UN TIEMPO (MOVÍA LOS PIES Y DEDOS)- SIN EMBARGO TUVO DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION- ACOMPAÑADO DE PARALISIS Y DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES Y EN PECHO- QUE SE EXACERBA AL ESTAR MUCHO TIEMPO SENTADA. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACIONES ESPECIALIZADA SUBSECUENTE. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| USO DE SILLA DE RUEDAS PARA SU MOVILIZACION                       |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                 | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Enfermedad De La Medula Espinal No Especificada |                                    | G959 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                 |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                 |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-09                            | 10:38           | Yandry        |  | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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 |  |
| MSP                                                                            |  |           |                          |  | CENTRO DE SALUD | 1310012719                       |  |                   |  |

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

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | Santa Martha             | 13D07    | //                 |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|-------------------------------|
|                               |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS                    |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| .Se Sugiere Tiamazol 10mg Cada 12hrs. Control Con Estudios De Laboratorio . |

| F. DIAGNÓSTICO |                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Tirotoxicosis No Especificada |                                    | E059 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | Tiroiditis Autoimmune         |                                    | E063 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                               |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

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

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |