

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FUSS	ESTUPIÑAN	CLAUS ANDRES	30	10	1975	50 años, 7 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0916250467	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	AVENIDA MALECON y AVENIDA MALECON	099-985-0861 / (04)-227-1106
Ver instructivo	Describir Pais	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	0916250467	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	06	23
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 clinico

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD ACUDE ACUDE ACOMPAÑADO A SU ESPOSA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN INTEGRAL PRESENTA ANTECEDENTES DE MIOPATIA DESMILIZANTE HERIDATARIA (20 AÑOS) CON SECUELAS EN LA MARCHA, ACUDE CON BASTÓN POR FALTA DE PERDIDA EN SU EQUILIBRIO, MIEMBROS SUPERIORES PERDIDA DE LA FUERZA PRESENTA TEMBLORES INVOLUNTARIOS, ACUDE SIN DOCUMENTACIÓN POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD. NEUROLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN Y LLENADO DE ANEXO 002

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUROPATIA HEREDITARIA MOTORA Y SENSORIAL	G600		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	10:33	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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
2026-06-23	10:33	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

