

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHOEZ	PINCAY	MARTHA MARGARITA	12	05	1978	48 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0918159724	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	TRTINITARIA y	098-719-1437 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0918159724	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	10
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

USUARIO CON APP: DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIOO POSTERIOR A CETOACIDOSIS DIABETICA CON INTERNACION EN UCI DE 10 DIAS APROX DADA ED ALTA EL DIA DOMINGO 28 DE JULIO AL MOMENTO LA USUARIA REPOSA EN SILLA DE RUEDAS CON VITALIDAD CONSERVADA CON CONTROL ESFINTERIANO LIMITACION DE MOVILIDAD SOORTA LA BIPEDESTACION DURANTE 5 MINUTOS APROX... REFIERE DOLOR A NIVEL DE CINTURA ESCAPULAR CON HEMIPARESTESIA BILATERAL BRAQUIO CRURAL.... ID: DISMOVILIDAD.... PLAN TERAPIA FISICA Y DE REHABILTACION.. REF HNDC DE CHONE PARA ESTABLECIMIENTO DE TERAPIA ESPECIFICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE INMOVILIDAD (PARAPLEJICO)	M623		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	14:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-07-10	14:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	