

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	FARIAS	ANGEL	06	11	1943	82 años, 6 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300880174	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	QUIÑONEZ TRES y	098-130-0110 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1300880174	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	01
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

PACIENTE DE LA TERCERA EDAD ES TRAIIDO POR FAMILIAR A CONTROL MEDICO AL MOMENTO AFEBRIL, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA EN PAÑAL(NO CONTROLA ESFINTER) DUERME BIEN , FAMILIAR REFIERE QUE DESDE HACE 1 AÑO SE ENCUENTRA ENCAMADO(PARAPLEJICO) PRESENTA HIPOESTESIA DESDE LA CADERA HASTA LOS MIEMBROS INFERIORES ACOMPAÑADO DE ANQUILOSIS , SE HACE REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA MEJOR VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARAPLEJIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARAPLEJIA ESPASTICA	G821		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	08:48	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	

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
2026-06-01	08:48	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	