

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CARRANZA	RAMON AMABLE	24	05	1952	73 años, 11 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302208671	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA A LA ISLA y	099-098-4353 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	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	1302208671	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	05	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

PACIENTE REQUIERE ANEXO 001 PARA RECALIFICACION

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE REFERIDO DESDE CS RICAURTE INDICA QUE DESDE HACE MAS O MENOS 3 AÑOS VIENE PERDIENDO LA FUNCIONALIDAD DE SUS MOVIMIENTOS, ESTO INCLUYE EL YA NO PODER DEAMBULAR CON MULETA COMO VENIA REALIZANDO ANTERIORMENTE. LO QUE LE HACE DEPENDIENTE DE FAMILIARES PARA HACER SUS ACTIVIDADES DIARIAS COMO BAÑARSE Y ALIMENTARSE, AL INDICARLE QUE LEVANTE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES NO LOGRA CONCRETAR LA ORDEN, ASI MISMO S ELE INDICA QUE TRATE DE LEVANTARSE NI PUEDE REALIZARLO, MANTIENE CONTROL DE ES FINTERES.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS MUSCULOS	M628	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	15:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ

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
2026-05-19	15:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

