

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	TORRES	FLORIA PAULA	05	06	1944	81 años, 11 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302233281	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BENITO SANTOS y SALINAS	097-932-7385 / (05)-269-6109
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	1302233281	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	Geriatría y Gerontología	2026	05	11	
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

TRASTORNO DEL HABLA Y DE LA MARCHA DESDE 8 MESES - CON PERDIDA DE LA FUNCION MOTORA - ADEMAS PRESENTA ATAXIA - CON CONTROL DE ESFINTERES - - SE UBICA EN TIEMPO - PERSONA Y ESPACIO - HIPERTENSA-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRASTORNO DEL HABLA Y DE LA MARCHA DESDE 8 MESES - CON PERDIDA DE LA FUNCION MOTORA - ADEMAS PRESENTA ATAXIA - CON CONTROL DE ESFINTERES - - SE UBICA EN TIEMPO - PERSONA Y ESPACIO - HIPERTENSA-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	10:14	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS

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 clínico

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
2026-05-11	10:14	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	