

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SOLORZANO	JULIO ENRIQUE	26	09	1954	71 años, 2 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303220998	MANABI	CHONE	RICAU RTE	ULPIANO PAEZ y ALEJO LASCANO	099-063-2830 /
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	1303220998	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	12	04
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 MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD Y REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN LOS TRES PRIMEROS DEDOS DE AMBAS MANOS, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA. NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA. MENCIONA HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO, SIN RECORDAR EL NOMBRE DEL FÁRMACO, PERO REFIERE NO HABER PRESENTADO MEJORA CLÍNICA. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, EN ADECUADO ESTADO GENERAL; SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO. EXTREMIDADES SUPERIORES CON FUERZA CONSERVADA, SENSIBILIDAD DISMINUIDA EN DISTRIBUCIÓN DE NERVIIO MEDIANO EN AMBAS MANOS, SIN EDEMA, SIN ERITEMA Y SIN ALTERACIONES CUTÁNEAS; PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES: CABEZA NORMOCÉFALA, MUCOSAS HÚMEDAS, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR ADECUADO, RITMO CARDÍACO REGULAR, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, EXTREMIDADES INFERIORES ÍNTEGRAS. SE ENVIA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARESTESIA DE LA PIEL	R202	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	08:46	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-12-04	08:46	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

