

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARREÑO	CASTILLO	BOLIVAR HELEODORO	11	07	1964	61 años, 1 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304418096	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	VALDEZ y	098-169-4668 / (00)-000-0000
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	1304418096	VALDEZ	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	08	13
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 61 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL, TRATAMIENTO CON DIAPRESAN DE 80 MG QD, REFIERE QUE HACE 6 DIAS PRESENTA PERDIDA DE FUERZA EN BRAZO IZQUIERDO, CAIDA DE BRAZO, TRAE CONSIGO RADIOGRAFIA DONDE SE VISUALIZA LEVE DESGASTE EN MANGUITO ROTADOR, NO TRASTORNO DE LA MARCHA, SE ENVIA REFERENCIA A NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE C. CERVICAL-HOMBRO, LEVE DESGATE EN MANGUITO ROTADOR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MUSCULAR, NO ESPECIFICADO	M629	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	13:52	Medicina Rural	ANA MARIA DELGADO PINARGOTE	1310555956	

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
2025-08-13	13:52	Medicina Rural	ANA MARIA DELGADO PINARGOTE	1310555956	