

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	RODRIGUEZ	LUIS AMABLE	08	02	1977	48 años, 0 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305937284	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PEDRO CARBO y ASTACIO SANTO	098-070-5696 / (05)-264-5644
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	1305937284	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	2025	02	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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y SECUELA DE ACV ISQUEMICO DESDE HACE 8 MESES, DEBUTO CON PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO MAS LENGUAJE TROPELOSO, EN UCI POR 4 DIAS, 1 DIA EN HOSPITALIZACION. ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA LENGUAJE, RESTOS DISASTRICOS, EN LAS AVD DEPENDIENTE MODERADO EN VESTIDO, ASEO, DEAMBULACION. EXAMEN FISICO: HOMBRO 10 GRADOS A LA FLEXION, COMPLETA ARCO DE MOVIMIENTO DE CODO DERECHO, MUÑECA NO COMPLETA EXTENSION, NO COMPLETA EXTENSION DE DEDOS DE MANO DERECHA, CADERA 100 GRADOS FELXION, RODILLA COMPLETA FLEXOEXTENSION, TOBILLO EXTENSION 70 GRADOS, ESPASTICIDAD GRADO 1 BICEPS, PRONADOR REDONDO GRADO 1 Y CUADRADO GRADO 1, FLEXOR SUPERFICIAL DE DEDOS GRADO 1, ADDUCTOR GRADO 1, SOLEO 1. MARCHA HEMIPARETICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON SECUELAS MOTORAS Y DE LENGUAJE DE ACV ISQUEMICO DESDE HACE 8 MESES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	I693		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	08:35	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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