

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CEDEÑO	RAMON ROLANDO	31	08	1969	56 años, 8 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306520956	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS HORCONCITOS y ENTRADA DEL ESCUELA JOSE PERFECTO QUIROZ	096-916-3011 /
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	1306520956	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	05	05
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

☐

HEMIPLEJIA FLACIDA
DEBIDO A ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE56 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA PARA LLENADO DE FICHA FAMILIAR / DISPENSARIZACIÓN, SE INSPECCIONA ESTADO DE VIVIENDA, SE INTERROGA SOBRE CONDUCTAS, ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA, SANEAMIENTO Y ENTORNO FAMILIAR. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A PATOLOGÍA. PACIENTE CON DISCAPACIDAD FISICA, AL MOMENTO ENCAMADO, ESTABLE, AFEBRIL, REACTIVO, SE REALIZA EXAMEN FISICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA PARAPLEJIA DE LADO DERECHO, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. FAMILIAR REFIERE QUE PERDIO LA ULTIMA CITA DE SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA DEBIDO A PROBLEMAS ECONOMICOS, POR LO CUAL SOLICITA ACTUALIZACION DE REFERENCIA 0991910964

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMIPLEJIA FLACIDA DEBIDO A ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMIPLEJIA FLACIDA	G810		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	15:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-05-05	15:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	