

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	GARCIA	JOHN MARDONIO	11	08	1970	54 años, 7 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306878016	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SD y SD	096-288-3654 /
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	1306878016	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	03	12
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

SE TRATA DE ADULTO DE SEXO MASCULINO QUE PRESNTA DISMINUCION DE LA FUERZA Y MOVIMIENTO EN HEMICUERPO IZQUIERDO - ESTODESDEE HACE 4 MESES AMAS O MENOS QUE SE PRESENTO DE MANERA SUBITA- ES HIPERTENSO - AL MOMENTO PRESENTA ATROFIA DE MUSCULOS DE MIEMBROS TANTO SUPOERIOR COMO INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO - ADEMAS PRESENTA DOLOR EN HOMBRO DEL MISMO LADO- ACOMPAÑADO DE PERDIDA DE LA ANATOMIA - NO SE PUEDE REALIZAR ROTACION ASISTIDA EN EN SU TOTALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE TRATA DE ADULTO DE SEXO MASCULINO QUE PRESNTA DISMINUCION DE LA FUERZA Y MOVIMIENTO EN HEMICUERPO IZQUIERDO - ESTODESDEE HACE 4 MESES AMAS O MENOS QUE SE PRESENTO DE MANERA SUBITA- ES HIPERTENSO - AL MOMENTO PRESENTA ATROFIA DE MUSCULOS DE MIEMBROS TANTO SUPOERIOR COMO INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO - ADEMAS PRESENTA DOLOR EN HOMBRO DEL MISMO LADO- ACOMPAÑADO DE PERDIDA DE LA ANATOMIA - NO SE PUEDE REALIZAR ROTACION ASISTIDA EN EN SU TOTALIDAD

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
2025-03-12	14:39	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2025-03-12	14:39	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

