

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	DELGADO	LIZARDO ENRIQUE	26	10	1970	55 años, 8 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306890235	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	ROCAFUERTE y	099-681-0974 /
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	1306890235	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2026	06	29
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 DE 55 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADO POR SU HIJA PARA SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE HTA, DM, PRESENTO EL 7 DE JUNIO DE 2025 ECV ISQUEMICO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA CON SECUELAS DE HEMIPARESIA BRAQUIOCRURAL IZQUIERDA, PACIENTE CON PROBLEMAS EN SU MARCHA NO REALIZA LA BIPEDESTACION Y MARCHA POR SI SOLO MSI MANO ESPASTICA DIFICULTAD EN AGARRAR OBJETOS , ADEMAS PRESENTA DIFICULTAD PARA RECORDAR INFORMACIÓN RECIENTE REFIERE HIJA QUE REALIZO SESIONES DE REHABILITACIÓN FÍSICA PARTICULAR PRESENTA ANEXO POR NEUROLOGÍA Y PSICOLOGÍA, SE LE SOLICITA POR FISIATRIA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A ESTA ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN Y LLENADO DE ANEXO 002

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-29	08:14	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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 clínico

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
2026-06-29	08:14	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

