

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINEL	BARBERAN	ALBERTO ENRIQUE	23	06	1971	54 años, 10 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307131563	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PICHINCHA y ROCAFUERTE	099-889-5668 /
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	1307131563	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2026	05	19
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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR QUIEN REFIERE QUE EN EL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2025 PRESENTA PERDIDA DE LA FUERZA DEL LOS MIEMBROS SUPERIOR E INFERIOR LADO DERECHO, ALTERACIÓN DEL LENGUAJE, ES EVALUADO PÓR NEUROLOGO EN CONSULTA MÉDICA PARTICULAR, QUIEN Y SEGÚN MENCIONA FAMILIAR NO LE DA DIAGNOSTICO DE PATOLOGÍA POR LO QUE DECIDEN ACUDIR A OTRA CONSULTA MÉDICA CON LA CUAL SE DA DIAGNOSTICO DE INFARTO CEREBRAL, SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO Y TERAPIAS FISICAS QUE HA MEJORADO PARCIALMENTE LA CONDICIÓN DEL USUARIO, EL DÍA DE HOY NO TRAE ANEXO 2, SI CUENTA CON RESULATDO DE TOMOGRAFIA DE AQUEL MOMENTO EN QUE OCURRIO LA AFECTACIÓN, SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN ADEMÁS DE REALIZAR REFERENCIA A NEUROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

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
2026-05-19	14:45	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-19	14:45	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

