

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	WILSON PERFECTO	07	05	1969	56 años, 4 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307781656	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y ÑAUSE	098-135-1648 /
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	1307781656	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	10	01
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

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTE DE MORDEDURA DE SERPIENTE BOTHROPS (“EQUIS”) HACE 3 MESES, ACUDE A CONTROL POR DIFICULTAD EN LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL PERSISTENTE Y DISMINUCIÓN DE FUERZA; AL EXAMEN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES ESTABLES, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON DEBILIDAD EN FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE LOS DEDOS, SENSIBILIDAD PARCIALMENTE CONSERVADA, SIN ALTERACIONES DE COLORACIÓN NI TEMPERATURA, PULSOS PRESENTES; SE SOLICITA RADIOGRAFÍA DE MANO Y ANTEBRAZO, ELECTROMIOGRAFÍA PARA VALORACIÓN NEUROMUSCULAR Y SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGÍA Y FISIATRÍA PARA REHABILITACIÓN, INDICÁNDOSE EJERCICIOS PASIVOS Y ACTIVOS DE MOVILIDAD MIENTRAS SE INICIA PROGRAMA FORMAL DE RECUPERACIÓN Y VIGILANCIA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

dificultad en movilidad de deos de miembro superior izquierdo post accidente ofídico

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NECESIDAD DE ASISTENCIA DEBIDA A MOVILIDAD REDUCIDA	Z740		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	13:55	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-10-01	13:55	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

