

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HERRERA	CEDEÑO	PABLO MEDERELLI	30	04	1971	55 años, 3 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	1308325131	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA CRISTO DEL CONSUELO y SN	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308325131	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	31
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 ACUDE POR CONTROL MEDICO ,AL MOMENTO AFEBRIL, BUEN APETITO, ORINA NORMAL, DEPFECA CADA 6 DIAS ,PRESENTA ESTREÑIMIENTO , ADEMAS REFIERE HACE 1 AÑO PRESENTAR UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO , A RAIZ DE ESO QUEDO CUADRIPLEJICO ,ORINABA POR SONTA Y USABA PAÑAL ,HACE 7 MESES SE RETIRO LA SONTA VESICAL, ACTUALMENTE PRESENTA PARESTESIA DE AMBOS NIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES , CON PERDIDA DE FUERZA , DEAMBULA CON LIGERA DIFUICULTAD , SE HACE REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA MEJOR VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TETRAPARESIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES PARALITICOS ESPECIFICADOS	G838		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-31	09:08	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	

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
2026-07-31	09:08	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	