

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRACIA	CAGUA	FERMINA CELESTE	12	07	1973	52 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308757036	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN BARTOLO y	098-348-3694 /
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	1308757036	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	05	28
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 CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FISICA POR ATROFIA MUSCULAR EN EDAD INFANTIL EN MIMEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CURSA CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA HEMICRANEANA DERECHA, EVA: 8/10, PULSATIL, QUE AUMENTA CON ACTIVIDAD FISICA Y EXPOSICION AL RUIDO Y LUZ, ADEMAS PRESENTA DOLOR EN REGION DORSOLUMBAR QUE SE IRRADIA A MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, ACOMPAÑADO DE PARESTESIAS Y PARESIA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, QUE AUMENTA CON ACTIVIDAD FISICA Y PROVOCA IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS	M792		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	10:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-05-28	10:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	