

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	ZAMBRANO	PEDRO TOVIAS	02	11	1994	31 años, 5 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310112634	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y	096-412-6257 /
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	1310112634	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	04	07
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 REFIERE CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION CARCTERIZADO POR HORMIGEO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, DESDE LA RODILLA HASTA EL PIE ACOMPAÑADO DE DISMINUCION D E SENSIBILIDAD , REFIERE QUE ESTO SUCEDIO DESPUES DE SENTARSE A COMER,REFIERE QUE REALIZÓ 8 DIAS TERPIA SIN VER MEJORIA ACTUALMENTE TOMA AC TIOCTICO 600MG CADA 12H,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE IMAGEN Y MEDICINA NUCLEAR - ALTA COMPLEJIDAD: ELECTROMIOGRFIA NEUROPATIA FOCAL AGUDA DEL NERVI PERONEO COMUN OZQUIERDO A NIVEL DE CABEZA D EPERONE, PREDOMINANTEMENTE DESMIELINAZNTE CON PERDIDA AXONAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL NERVIO PERONEO A NIVEL DE LA PIERNA	S841		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	14:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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