

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	VELEZ	DANIEL ARGELY	03	09	1981	44 años, 10 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310361173	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE PRINCIPAL y	099-834-2555 /
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	1310361173	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2026	07	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE HTA, DM2, SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO (2022) PROVOCANDO FRACTURA CONMINUTA DE MESETA TIBIAL DERECHA, SE REALIZO REDUCCIÓN ABIERTA + COLOCACIÓN DE OTS CON PLACAS EN L Y T EN AMBAS MESETAS TIBIALES DERECHA, ADEMAS PRESENTO INFARTO CEREBRAL DEBIDO A EMBOLIA DE ARTERIAS CEREBRALES CON SECUELAS DE HEMIPARESIA DERECHA, ANEURISMA DE CARÓTIDA DERECHA ENERO 2026. REFIERE DESEA SOLICITAR RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD POR LO QUE SE LE REALIZA REFERENCIA A FISIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN LLENADO DE ANEXO 002

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFARTO CEREBRAL DEBIDO A EMBOLIA DE ARTERIAS CEREBRALES	I634		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	08:12	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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
2026-07-20	08:12	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

