

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASANOVA	FARIAS	CARLOS JAIRO	09	03	1991	35 años, 1 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310403595	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MAGALI VERA y	096-260-8574 /
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	1310403595	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	04	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 DE 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR FALTA DE MOVILIDAD EN BRAZO REFIERE QUE HACE UN AÑO EL SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO EL CUAL LE AFECTÓ EL PLEXO BRAQUIAL FUE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE POR MEDICO ESPECIALISTA EN CLINICA HA RECIBIDO TERAPIAS FISICA Y NO HA TENIDO MEJORIAS, PACIENTE NO PRESENTA MOVILIDAD EN BRAZO DERECHO POR COMPLETO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA A SEGUNDO NIVEL PARA VALORACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MONOPLEJIA DE MIEMBRO SUPERIOR	G832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	09:31	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 FIRMADO DIGITALMENTE POR: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-28	09:31	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	