

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEZA	CUSME	MIRIAN MARIA	08	10	1984	40 años, 10 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311909921	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS CAÑALES y X	098-821-5435 /
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	1311909921	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	Neurología	2025	09	01
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

DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES - DESDE HACE UN AÑO MAS O MENOS A NIVEL DE LAS RODILLAS Y EN LOS PIES- ADEMAS DE PERDIDA DE MOVIMIENTO DE DEL HEMICUERPO DEL LADO DERECHO - CON LEVE ATROFIA DE MUSCULOS DE MIEMBROS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES - DESDE HACE UN AÑO MAS O MENOS A NIVEL DE LAS RODILLAS Y EN LOS PIES- ADEMAS DE PERDIDA DE MOVIMIENTO DEL HEMICUERPO DEL LADO DERECHO - CON LEVE ATROFIA DE MUSCULOS DE MIEMBROS- ALTERACION IMPORTANTE DE LA MARCHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA	G819	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-01	13:28	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS 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
2025-09-01	13:28	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	