

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MENDIETA	MARIA EDUARDA	03	12	1992	32 años, 8 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311955981	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y ROCAFUERTE	099-038-5207 / (05)-269-5521
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	1311955981	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	2025	08	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 FEMENIN ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, USA MEDICACION CONTINUA. ACIDO VALPROICO ER 500 3 DIARIAS. URBADAN 10MG (CLOBAZAM) CADA DIA POR LA NOCHE. DEBIDO A QUE MANTIENE CONVULSIONES SALVO CUANDO SUSPENDE EL MEDICAMENTO POR ALGÚN MOTIVO. ACTUALMENTE MANTIENE DE MANERA PERMANENTE HEMIPARESIA DERECHA, REGUIERE VALORACION POR FISIATRIA PARA REALIZAR TERAPIA FISICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANTIENE DE MANERA PERMANENTE HEMIPARESIA DERECHA PRESENTANDO ATROFIA Y DES GASTE DE MIEMBRO SUPERIOR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATROFIA Y DESGASTE MUSCULARES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M625		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	09:13	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	



Diana Kathiusca Zambrano Andrade



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
2025-08-07	09:13	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	