

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALDARRIAGA	VERA	JOSE ABEL	27	08	1996	28 años, 10 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312162728	MANABI	CHONE	RICAUORTE	VIA QUITO y VÍA FLAVIO ALFARO	098-133-7966 /
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	1312162728	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	07	24
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 MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, ES TRAI DO POR MADRE A CENTRO DE SALUD PARA CONTROL MEDICO,, AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RELEVANTE, SE REVISAN EXAMNES DE LABORATORIO SIN VALORES FUERA DE RANGOS NORMALES, MADRE REFIERE NO TENER CONTROL ANUAL CON NEUROLOGIA POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA DE CONTROL ANUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL ANUAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLAJICA	G800		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	14:58	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	

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
2025-07-24	14:58	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	