

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ARTEAGA	LEONARDO FABRICIO	29	01	1980	45 años, 7 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312349846	MANABI	CHONE	BOYACA	CALLE MIGUEL PARRAGA y SN	096-751-0085 /
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	1312349846	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	09	10
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 45 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU CUIDADOR EL CUAL MANIFIESTA TEMBLOR DE LOS DEDOS DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. AL EXAMEN FISICO, SE EVIDENCIA MANO IZQUIERDA CON TENSION EN DEDOS SIN PODER CERRAR COMPLETAMENTE LA MANO, TEMBLOR EVIDENTE AL PONER LA MANO EN EL AIRE, NO REFIERE PERDIDA DE SENSIBILIDAD. REFEIRE HABER ESTADO EN SESIONES DE FISIOTERAPIA SIN MEJORÍA. SE REALIZA REFERENCIA PARA FISIATRIA POR SOSPECHA DE NEUROPATIA DEL MIEMBRO SUPREIOR, SE SOLICITA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0967510085.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO SUPERIOR, SIN OTRA ESPECIFICACION	G569		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	10:09	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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 clínico

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
2025-09-10	10:09	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	