

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELEZ	CARLOS EUGENIO	17	10	1993	31 años, 9 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313223172	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS BRAVOS CHICO y	098-892-9395 /
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	1313223172	SANTA RITA	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 31 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES FAMILIARES: DIABETES MELLITUS TIPO II (MADRE) HIPERTENSION ARTERIAL (PADRE), ANTECEDES QUIRURGICOS: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EM MIEBROS INFERIORES BILATRERAL QUE APARECE POSTERIOR A SOSTENER OBJETIDO DE GRAN PESO. ES VALORADO POR NEUROLOGO EN HOSPITAL QUIEN INDICA UNA TC Y MENCIONA RREALIZAR REFERENCIA PARA ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUENTA CON TC EN CD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS	M792	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	08:43	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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	08:43	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	