

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	DARIO PATRICIO	18	11	1989	35 años, 11 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313321398	MANABI	CHONE	RICAUORTE	VIA QUITO y	098-464-6632 /
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	1313321398	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	11	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 DE 35 AÑOS DE EDAD ES ATENDIDO POR MIOTONIA, DEBILIDAD MUSCULAR EN LAS 4 EXTREMIDADES, DE 7 AÑOS DE EEEVOLUCION, PACIENTE REFIERE QUE TIENE MUCHAS COMPLICACIONES EN SU TRANSITAR,LO CUAL LE IMPIDE SEGUIR CON SU VIDA NORMAL, REFIERE NO TOMAR NIGUN MEDICACIMIENTO, TAMBIEN NOS INDICA QUE FUE ATENDIDO POR SEGURO PRIVADO PERO AL MOMENTO NO CUENTA CON LOS RECURSOS PARA HACERLO, SE INICIA TRAMITE DE REFERENCIA CON ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD ES ATENDIDO POR MIOTONIA, DEBILIDAD MUSCULAR EN LAS 4 EXTREMIDADES, DE 7 AÑOS DE EEEVOLUCION, PACIENTE REFIERE QUE TIENE MUCHAS COMPLICACIONES EN SU TRANSITAR,LO CUAL LE IMPIDE SEGUIR CON SU VIDA NORMAL, REFIERE NO TOMAR NIGUN MEDICACIMIENTO, TAMBIEN NOS INDICA QUE FUE ATENDIDO POR SEGURO PRIVADO PERO AL MOMENTO NO CUENTA CON LOS RECURSOS PARA HACERLO, SE INICIA TRAMITE DE REFERENCIA CON ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS MIONICOS	G711	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	11:40	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-11-10	11:40	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

