

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ORTIZ	GUSTAVO ADOLFO	30	08	1997	28 años, 2 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	1313522334	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN ANTONIO y	099-225-1291 /
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	1313522334	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	11	11
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 ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR PARAPLEJIA EN MIEMBROS INFERIORES POSTERIOR A BALA INCRUSTADA EN COLUMNA HACE 2 MESES - HUBO FRACTURA EN VERTEBRA TORACICA - NO TRAE EXAMENES DE IMAGEN - REFIERE SENTIR CORRIENTASOS AL INTENTAR MOVER EXTREMIDADES - PRESENTA MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS QUE SE ACOMPAÑAN DE DOLOR Q SE IRRADIAN A TORAX - MUSLOS - GLUTEOS - NO CONTROLA ESFINTER RAZON POR LA CUAL USA SONDA VESICAL - CONSTIPACION - MAREO EN BIPEDESTACION CON AYUDA - PERDIDA DE PESO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARAPLEJIA FLACIDA	G820	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	13:01	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

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
2025-11-11	13:01	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	