

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	SOLORZANO	OSCAR ANDRES	11	08	2005	20 años, 11 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314182781	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ELCOROZO y	098-419-4639 /
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	1314182781	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	22
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 20 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR ALTERACIÓN FUNCIONAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO POSTERIOR A ANTECEDENTE DE HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN CONTEXTO DE BALACERA OCURRIDA HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES EN UN VELORIO. REFIERE QUE DESDE EL EVENTO PRESENTA LIMITACIÓN PARA LA MARCHA, CON DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN Y ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD EN EL PIE DERECHO, CARACTERIZADA POR PARESTESIAS Y DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD EN LOS DEDOS DEL PIE DERECHO. PACIENTE MANIFIESTA QUE DESDE EL INCIDENTE NO HA RECIBIDO VALORACIÓN NI CONTROLES POR ESPECIALIDAD MÉDICA. ACTIVO , REACTIVO , AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0984194639.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANESTESIA DE LA PIEL	R200	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	12:06	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-22	12:06	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	