

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOZA	MOREIRA	EDUARDO YAIR	02	10	2001	24 años, 3 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314438936	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS PLAYITAS y	098-806-4503 /
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	1314438936	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	01	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	LIMITACION DESDE EL CUELLO HASTA EXTREMIDADES INFERIORES.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD, ACUDE CON FAMILIAR A CONSULTA EL CUAL REFIERE QUE EL PACIENTE TUVO UN ACCIDENTE DE TRANSITO (MOTO) HACE VARIOS AÑOS, HACE 10 MESES PADRE REFIERE QUE EL PACIENTE TUVO CEFALEA INTENSA POR LO CUAL FUE VALORADO EN OTRA CASA DE SALUD Y LE DIAGNOSTICARON TUMOR GRADO 2 (CEREBRO) EL CUAL FUE TRATADO MEDIANTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO HACE 6 MESES, COMO CONSECUENCIA PADRE REFIERE QUE EL PACIENTE PIERDE HABLA Y MOBILIDAD DESDE LA CUELLO HACIA EXTREMIDADES INFERIORES. ACUDE A CONSULTA PARA VALORACION, SEGUIMIENTO Y SOLICITUD DE REFERENCIA A ESPECIALISTA. 0962946719-0984772170

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	11:28	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-01-29	11:28	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

