

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CUSME	MANUEL JACINTO	09	07	1993	32 años, 10 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	1314769074	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ROCAFUERTE y	/ (05)-264-4202
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	1314769074	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	05	21
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 CON APP DE TRAUMA INTRACRANEAL Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, LESION CEREBRAL TRAUMATICA, DEBIDO A ACCIDENTE DE TRANSITO SUSCITADO EL 04/01/2025, DEBIDO A GRAVEDAD DE LESIONES ES DERIVADO AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN ANTONIO DE PADUA PORTOVIEJO DONDE PERMANECIO HOSPITALIZADO 82 DIAS EN AREA DE CUIDADOS CRITICOS, DURANTE SU HOSPITALIZACION PRESENTO CHOQUE SEPTICO Y NEUMONIA, AL MOMENTO, PRESENTA SECUELAS NEUROLOGICAS MARCADAS CON LIMITADA MOVILIDAD, DIFICULTAD PARA BIPEDESTACION, IMPOSIBILIDAD PARA LA MARCHA, PRESENTA HEMIPLEJIA UNILATERAL DERECHA CON DIFICULTAD DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE, DEPENDENCIA SEVERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, PRESENTA ADEMAS HIPOACUSIA MARADA DE OIDO DERECHO, ADEMAS DE TINITTUS CONSTANTE EN OIDO DERECHO, NIEGA MAREO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMIPLEJIA ESPASTICA	G811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	