

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALBA	MACIAS	ROGER RONALDO	18	01	1989	37 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	1314801307	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO SAN PABLO CULEBRA y	099-969-1724 /
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	1314801307	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	Neurología	2026	03	30
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 REFIERE QUE HACE ALGUNAS SEMANAS TUVO HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN LA REGION LUMBAR Y FUE SOMETIDO A CIRUGIA QUEDANDO CON PERDIDA DE LA FUNCION Y LA MOTRICIDAD DE MIEMBROS INFERIORES- AL MOMENTO ESTA SIN CONTROL DE ESFINTERES Y DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES INTENSOS A NIVEL DE AMBAS PIERNAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLOBULOS BLANCOS 9.79 - NEUTROF 6.95- GLOB ROJ 4.43- HEMOGLOB 12.7- HTO 37.6- PLAQU 421- FACTOR REUMATO NEGATIVO- EGLUCOSA 100- UREA 17.2- COLESTEROL 169- TRIGLICERI 184 - BUN 8.0- EMO BACTERIAS +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARAPLEJIA ESPASTICA	G821	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-30	13:41	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-30	13:41	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	