

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	MARQUEZ	JEAN PEIRRE	07	03	2004	21 años, 5 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315324143	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA PRINCIPAL DE SAN ANTONIO y	098-745-1958 /
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	1315324143	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	08	15
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 DE 20 AÑOS APP: ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 10 MESES EN VEHICULO LINEAL, RECIBIO UNA PRIMERA ALTA EN GUAYAQUIL POSTERIORMENTE FUE INGRESO EN NAPOLEON Y AMERITÓ IOT TRAS FALLA RESPIRATORIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE AMERITANDO SEGUN CULTIVO COLISTINA. ACTUALMENTE PACIENTE SE ENCUENTRAN EN CAMA EN SU DOMICILIO ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA REALIZA TERAPIA FISICA UNA VEZ POR SEMANA Y TIENE CONSULTA CON TRAUMATOLOGIA EN 6 DIAS, PRESENTA. PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD Y MOTRICIDAD EN MIMENROS INFERIORES. EN TC FRACTURA T8 CON COMPROMISO MEDULAR Y DESVIACIÓN DE COLUMNA, TRAUMA DE RAÍCES NERVIOSAS DE COLUMNA TORÁCICA - COMPRESIÓN MEDULAR NO ESPECIFICADA.FRACTURAS COSTALES REFIERE PRURITO OCULAR BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO. PACIENTE REPOSA EN CAMA HOSPITALARIA REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN LOS CUALES MANTIENE SIN SIGNOS DE Úlcera DE DECÚBITO YA QUE NO DESEA USAR COLCHÓN ANTIESCARAS SE SOLICITA TERAPIA FISICA +593 98 136 1599
--

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
2025-08-15	12:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-08-15	12:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

