

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ZAMBRANO	VICTOR ENMANUEL	21	08	2019	6 años, 8 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353208836	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO EL BEJUCO HACHA y	098-541-0951 /
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	1353208836	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	05	05
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 6 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 87% Y CONVULSIONES EN TRATAMIENTO CON LEVETIRACETAM 2.2 ML CADA 8 HORAS, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN PRESENTA CONTRARREFERENCIA DE UNIDAD HOSPITALARIA DONDE SE INDICA CONTINUIDAD DE MANEJO POR ESPECIALIDAD, SOLICITANDO NUEVA REFERENCIA A FISIATRÍA. AL MOMENTO, PACIENTE CON COMPROMISO MOTOR IMPORTANTE CARACTERIZADO POR DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACIÓN DE HEMICUERPO DERECHO, DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR, ALTERACIÓN DEL TONO, IMPOSIBILIDAD PARA MANTENERSE EN SEDESTACIÓN SIN APOYO, LIMITACIÓN PARA LA BIPEDESTACIÓN Y MARCHA, ASOCIADO A DESVIACIÓN DE COLUMNA (ESCOLIOSIS) Y ALTERACIÓN POSTURAL. DEPENDIENTE PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ACORDES A SU EDAD. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PACIENTE CON DÉFICIT MOTOR, ASIMETRÍA CORPORAL, ALTERACIÓN DE LA MARCHA (NO FUNCIONAL), Y COMPROMISO FUNCIONAL GLOBAL, SIN SIGNOS DE ALARMA AGUDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE CON CONTRARREFERENCIA PARA SOLICITAR VALORACIÓN POR FISIATRÍA DEBIDO A LIMITACIONES EN CAPACIDAD MOTORA POR ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FÍSICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	09:14	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-05	09:14	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

