



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	1415	HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR	HG	1753020815	1753020815					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RIVERA	ARTEAGA	NAOMI	GUADALUPE	F	02-07-2012	13	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
null		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria						
PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
13		1322		132250						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

CULMINA AREA DE TERAPIA FISICA CON SEGUIMIENTO DE LARGA DATA POR CUADRO DE CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA SECUNDARIA A LESION ESTATICA CEREBRAL POR PREMATURIDAD- BAJO PESO- CON REQUERIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA Y ESTADIA EN INCUBADORA DE TRES MESES- QUE DADA LAS SEQUELAS SE HA REQUERIDO EL USO DE TOXINA BOTULINA PARA CONTRARRESTAR ESPASTICIDAD DE 4 MIEMBRO- MISMA QUE DESCONTINUO POR CAMBIO DE DOMICILIO- EN LA ACTUALIDAD PESE AL TRATAMIENTO EN FKT PERSISTE CUADRIPLÉJIA QUE LIMITA CONTROL DE LA POSTURA LA COORDINACION Y LA MOVILIDAD A PESAR QUE DESARROLLA MARCHA ASISTIDA CON CORRECCION DE LA POSTURA- POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION PARA TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINA EN HOSPITAL REFERENTE DE CHONE. ADEMAS SE RENOVA CONTINUIDAD EN TERAPIAS FISICAS Y OCUPACIONALES. PACIENTE CON DISCAPACIDAD FISICA 77%.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EVALUACION FUNCIONAL: PREDOMINIO DE AFECTACION CRURAL Y DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. TONO MUSCULAR AUMENTADO ESPASTICIDAD GRADO II EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y MMII- CON SEMIFLEXION DE RODILLAS- CADERA Y TORACOLUMBARES POSTERIORES. MARCHA ASISTIDA CON FLEXO Y TENDENCIA A TIERAS. FUERZA HEMICUERPO DERECHO 4/5. HEMICUERPO IZQUIERDO 3/5.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLÉJICA	G800	X	4.		
2.				5.		
3.				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-12	14:08	ALEXANDER	GILBERT	MATOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1760767044				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐