

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ORDÓÑEZ          |                  | ALFONSA NICANORA | 12                  | 07  | 1964 | 61 años, 2 meses, 11 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| COLOMBIANO/A    | COLOMBIA       | 1754766622        | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | NNN y                        | 000-000-0000 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1754766622                               | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Fisiatría    | 2025           | 09  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO HACE 5 MESES, REFIERE DIFICULTAD PARA MOVILIZAR AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES. NO REFIERE DOLOR, SIN NUEVOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS. PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, LENGUAJE CONSERVADO. DEAMBULA CON BASTÓN Y SUPERVISIÓN. FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN EXTREMIDADES SUPERIORES, CON ESPASTICIDAD MODERADA. MOVILIDAD DISTAL MUY LIMITADA. SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO ACTUAL. SIGNOS VITALES ESTABLES. IMPRESION DX: SECUELAS MOTORES POST ECV ISQUÉMICO CRÓNICO CON HEMIPARESIA MODERADA EN EXTREMIDADES SUPERIORES. EN PROCESO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARCIAL. PLAN: SE REALIZA REFERENCIA A TERAPIA FÍSICA PARA REHABILITACIÓN MOTORA DIRIGIDA A EXTREMIDADES SUPERIORES. INDICADO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, DISMINUCIÓN DE ESPASTICIDAD Y MEJORA DE MOVILIDAD FUNCIONAL. CONTINUAR TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL. CONTROL EN CONSULTA EN 4 SEMANAS. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                             |
|-----------------------------|
| SECUELAS POST ECV ISQUEMICO |
|-----------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL | I693   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-09-23 | 11:23 | Medicina Rural | LAURA ANDREA COLOMA DELGADO | 1312308453 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-09-23 | 11:23 | Medicina Rural | LAURA ANDREA COLOMA DELGADO | 1312308453 |       |

