

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORDÓÑEZ		ALFONSA NICANORA	12	07	1964	61 años, 5 meses, 30 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	RICAU RTE	NNN y	000-000-0000 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1754766622	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	01	08
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 FEMENINA DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO. ACTUALMENTE, EN SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE FISIATRÍA EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOBA CHONE. 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. IMPRESIÓN DX: SECUELAS MOTORES POST ECV ISQUÉMICO CRÓNICO CON HEMIPARESIA MODERADA EN EXTREMIDADES SUPERIORES. EN PROCESO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARCIAL. SE REALIZA NUEVAMENTE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEAMBULA CON BASTÓN Y SUPERVISIÓN. FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN EXTREMIDADES SUPERIORES, CON ESPASTICIDAD MODERADA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-08	15:56	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-01-08	15:56	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

