

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ECHEVERRIA	MERA	ANTHONY FABRICIO	17	09	2005	20 años, 10 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300282536	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-161-6326 /
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	2300282536	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	29
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 20 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIENES SOLICITAN EVALUACIÓN MÉDICA Y EMISIÓN DE REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA CON EL FIN DE REALIZAR RECALIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD. AL MOMENTO EL PACIENTE CUENTA CON CARNÉ DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 31%. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE PERSISTE CON DEFICIT MOTOR Y DEL LENGUAJE CRÓNICO, CARACTERIZADO POR ATROFIA MUSCULAR EN HEMICUERPO IZQUIERDO EN COMPARACIÓN CON EL DERECHO, ACOMPAÑADO DE ALTERACIÓN DE LA MARCHA Y AFASIA. NIEGA EVENTOS CONVULSIVOS RECIENTES, NIEGA TRAUMA CRANEAL RECIENTE, NIEGA DETERIORO AGUDO DEL ESTADO NEUROLÓGICO AL MOMENTO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA / RIESGO SOCIAL: NEGATIVO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA	G819	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	14:21	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA

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
2026-07-29	14:21	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

