

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUZMAN	ROJAS	SANDRA IVONNE	10	01	1975	50 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0703278911	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE SAN ANDRES MOSQUITO y	097-958-6554 /
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	0703278911	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	08	07
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 50 AÑOS DE EDAD. APP: ESCOLIOSIS, CANCER DE MAMA (CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE, GRADO HISTOLOGICO II-NOTTINGHAM). AA: NO REFIERE. APQX: CESAREAS. PACIENTE ACUDE CON CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR. ACUDE CON RM QUE REPORTA CAMBIOS DISCOARTROSICOS Y ESPONDILOARTROSICOS, ESCOLIOSIS LEVOCONVEXA, PROTUSION ANULAR DIFUSA DESDE L2-L3 HASTA L4-L5 QUE EN SU PORCION POSTERIOR RECTIFICAN EL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL Y DISMINUYEN LA AMPLITUD DE LAS FORAMINAS BILATERALMENTE LEVE A MODERADO SIN COMPRESION RADICULAR, RECAMBIO GRASO DE LOS MUSCULOS PRE Y PARAVERTEBRALES MENOR DEL 10%. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0979586554

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	M419		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	10:15	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-08-07	10:15	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

