

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	SIERRA	JULIO CESAR	15	03	1964	62 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0800623910	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CERCA DEL CENTRO DE SALUD DE MANTA y	096-745-2309 /
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	0800623910	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	06	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE LABORAL CAÍDA DE MAS O MENOS 4 METROS DE ALTURA PROVOCANDO FRACTURA DE VERTEBRA TORÁCICA POR APLASTAMIENTO, PACIENTE PRESENTA DIFICULTAD EN SU DEAMBULACION PERDIDA DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES MAS PARESTESIAS. SE REALIZA REFERENCIA A ESTA ESPECIALIDAD PARA VALORACIÓN Y LLENADO DE DOCUMENTO PARA PROCESO DE CALIFICACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANEXO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE VERTEBRA TORACICA	S220		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	11:12	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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
2026-06-10	11:12	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

