

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AYALA	LOOR	GENITH NOEMY	02	03	1955	71 años, 0 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302052244	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE COLON y	098-811-0986 /
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	1302052244	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	03	13
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

ADULTA MAYOR TRAE ESTUDIOS LABORATORIO PARA SU REVISIÓN, TRAE RESULTADO DE TOMA DE PRSION ARTERIAL CON VALORES NORMALES DENTRO DE LO EVALUADO.- TRAE RAYOS X EN LA CUAL SE OBSERVA UNA PERDIDA DE CONTINUIDAD DE ESPINAS A NIVEL DE L1 A L2 Y A NIVEL SACROCOCIGEA DEFORMIDAD, INDICA QUE DOLOR A NIVEL DE REGION LUMBOSACRAL EL CUAL LE IMPOSIBILITA EN OCASIONE LA DEAMBULACION Y QUE AL EMPEZAR LA MARCHA NO LA PUEDE HACER INMEDIATAMENTE DEBIDO A QUE SE IRRADIA A REGION ALTA DE COLUMNA Y REGION SACROCOCIGEA. NO TOLERA POSICIÓN SENTADA, NI VIAJES DE MEDIANA A LARGA DISTANCIA.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COPROLOGICO: HELICOBACTER PYLORI EN HECES POSITIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M533	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-03-13	12:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-13	12:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	