

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	GARCIA	MANUEL FRANCISCO	05	12	1957	67 años, 3 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302535859	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLA VISTA y	099-735-8020 /
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	1302535859	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	03	12
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 ☐

Falta de profesional ☐

Otros/especifique: ☒

APLASTAMIENTO Y DEFORMIDAD EN C1, RECTIFICACIÒN DE COLUMNA CERVICAL, APLASTAMIENTO DE C4-C5 Y C6-C7 CON LISTESIS EN C6.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE PRESENTA DOLOR CERVICAL QUE AUMENTA CON LA MOVILIZACIÒN 7/10 DE EVA DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÒN, HASTA 3 EPISODIOS A LA SEMANA, CON IRRADIACIÒN HACIA ZONA ESCAPULAR CON DOLOR SORDO, 4/10 DE EVA. 0997358020. SE ENVIA RX DE CERVICAL SE OBSERVA APLASTAMIENTO Y DEFORMIDAD EN C1, RECTIFICACIÒN DE COLUMNA CERVICAL, APLASTAMIENTO DE C4-C5 Y C6-C7 CON LISTESIS EN C6.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA RX DE CERVICAL SE OBSERVA APLASTAMIENTO Y DEFORMIDAD EN C1, RECTIFICACIÓN DE COLUMNA CERVICAL, APLASTAMIENTO DE C4-C5 Y C6-C7 CON LISTESIS EN C6.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CERVICALGIA	M542		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	08:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-03-12	08:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	