

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLEDISPA	MACIAS	SANTA SOLANDA	18	08	1956	69 años, 8 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302708571	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y	099-684-1395 /
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	1302708571	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	04	20
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 69 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESCOLIOSIS DE MÁS DE 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN, ACTUALMENTE PRESENTA AGRAVAMIENTO PROGRESIVO DE LA DEFORMIDAD VERTEBRAL CON AUMENTO DE LA CIFOSIS DORSAL, REFIRIENDO DOLOR INTENSO EN COLUMNA DORSOLUMBAR DE CARÁCTER PUNZANTE Y OPRESIVO, CONTINUO, CON IRRADIACIÓN OCASIONAL HACIA REGIÓN LUMBAR BAJA, INTENSIDAD SEVERA (EVA 8/10), QUE MEJORA PARCIALMENTE CON REPOSO Y SE EXACERBA AL CAMINAR O PERMANECER DE PIE. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, CON FACIES ALGICAS, COLABORADORA AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS Y RADIOLOGICOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-04-20	22:37	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO 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
2026-04-20	22:37	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	