

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CHICA	ANGEL SIGIFREDO	28	09	1960	64 años, 10 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303780512	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	099-169-6932 /
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	1303780512	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	07	31
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 DE 64 AÑOS DE EDAD, CON APP: DISCAPACIDAD FISICA DEL 75 %, ENFERMEDAD RENAL ETAPA 5 EN DIALISIS TRISEMANAL, ACUDE POR REFERENCIA A REUMATOLOGIA CON REFERENCIA INVERSA DEL HOSPITAL, YA QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO HACE 5 DÍAS CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR QUE SE INTENSIFICABA A LA DEAMBULACIÓN POR LO CUAL ACUDE A EMERGENCIA DEL HOSPITAL EN LA CUAL LE REALIZAN TAC DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR EN LA QUE SE REPORTA SEGUN REFERENCIA INVERSA: MULTIPLES ESPOLONES DE CUERPO VERTEBRAL EN REGION DORSAL Y LUMBAR (ESPONDILITIS). ADEMAS COMO HALLAZGO SE APRECIA AORTA TORACOABDOMINAL CALCIFICADA EN LARGA TRAYECTORIA. AL EXAMEN FISICO LASAGNE POSITIVO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0991696932 // 0997736973

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, REGION TORACOLUMBAR	M455		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	10:02	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-31	10:02	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

