

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORDÓÑEZ	ORDÓÑEZ	ANA CECILIA	09	08	1961	64 años, 6 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303976151	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE BOLIVAR Y ATHAULPA y	099-760-6364 /
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	1303976151	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2026	02	18
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 64 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR DE RODILLAS Y LUMBAR QUE SE DIFIERE HACIA LA PIERNA IZQUIERDA QUE LLEGA HASTA EL PIE, DICHOS DOLORES EMPEORAN CON LA ACTIVIDAD FISICA AL PUNTO DE NO PERMITIRLE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. PACIENTE INDICA QUE HA HECHO FISIOTERAPIA PARTICULAR EN VARIAS OCASIONES SIN MEJORIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX COLUMNA DORSOLUMBAR: AP LATERAL: TEJIDOS BLANDOS SUPERFICIALES CONSERVADOS, SIGNOS DE DESMINERALIZACION DE SEGMENTOS OSEOS, FORMACION DE OSTEOFITOS MARGINALES EN SEGMENTOS DORSALES, LISTESIS L4-L5, POSTURA ESCOLIOTICA, LORDOSIS 41.9º, ANGULO DE FERGUSON 32.4º, CALCIFICACION DE VASOS, NO SE CONSTATAN FISURAS O LUXACIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPONDILOLISTESIS	M431	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	10:42	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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 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
2026-02-18	10:42	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

