

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	ACOSTA	ASUZANA AURORA	30	05	1956	70 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304436288	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE SN y AV INTERBARRIAL	098-438-6682 /
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	1304436288	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	07	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

AM FEMENINA DE 70 AÑOS , CON APP DE HTA, CARDIOPATIA ISQUEMICA CON CATETERISMO REALIZADOS (2) EL PRIMERO HACE 25 AÑOS Y EL SEGUNDO HACE 18 MESES LLEVA TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL Y ESTATINAS Y OTTRO MEDICAMENTO QUE NO RECUERDA BISOPROLOL 5MG ??? REFIERE QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR A NIVEL LUMBAR INTENSO EVA 8/10... Y GONARTROSIS... NO DIFICULTAD PARA ORINAR, AL EXAMEN FISICO: PTE. CONCIENMTE ORIENTA EN TEP. MUCOSAS NORMOCROMICAS , AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs s/s. TA: 120/70mmHg. mi sin edema. SE INDICA Rx DE COLUMNA Y RODILLA... (refiere que ya le realizaron una RMN)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

refiere que ya le realizaron una RMN y que le dijeron que era una hernia que debe operarse..???

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPONDILOPATIA, NO ESPECIFICADA	M489		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	11:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-07-13	11:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

