

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	DUEÑAS	JOSEFA MANUELA	29	07	1955	70 años, 1 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304439597	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	099-668-0247 /
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	1304439597	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	09	10
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 ☐	CERVICALGIA Y PARESTESIAS.

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DESDE HACE 3 MESES CON DOLOR EN COLUMNA CERVICAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO QUE IRRADIA HACIA BRAZO IPSILATERAL 8/10, AUMENTA CON LAS ACTIVIDADES DE DURACIÓN DE 3 A 4 HORAS. TRAE RX EN LA CUAL SE OBSERVA RECTIFICACIÓN DE COLUMNA CERVICAL. INFORMA QUE HA REALIZADO TERAPIA FÍSICA SIN MEJORA DE CUADRO CLÍNICO ANTERIORMENTE EXPUESTO. 0996362523
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX EN LA CUAL SE OBSERVA RECTIFICACIÓN DE COLUMNA CERVICAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA	M501		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	12:51	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
2025-09-10	12:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	