

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	ZAMBRANO	SANTA PETITA	30	04	1962	64 años, 1 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	1304491374	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL BARRO y EL BARRO	096-398-4652 /
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	1304491374	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	Reumatología	2026	06	08
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

PACIENTE CON APP DE OSTEOPOROSIS IDIOPATOCA CON FRACTURA PATOLÓGICA DE VERTEBRAS DE COLUMNA LUMBAR INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE 2021 MAS COLOCACIÓN DE CLAVOS, PACIENTE REFIERE QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO MAS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CUIDAD DE QUITO 06/2026. AL MOMENTO PRESENTA UNA DENSITOMETRIA OSEA LA CUAL REPORTA QUE NO SE OBSERVAN VARIACIONES SIGNIFICATIVAS RESPECTO A ESTUDIO ANTERIOR, LO QUE INDICA UNA ESTABILIZACIÓN DE LA MASA OSEA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE DEL ESTATUS OSEO, AL COMPARAR ESTUDIO INICIAL REALIZADO EL 21/12/2021 SE OBSERVA UN INCREMENTO DE LA DENSIDAD DE +8.6 % EN COLUMNA LUMBAR Y ESTABILIZACIÓN DE CUELLO FEMORAL., SE DECIDE REFERIR A PACIENTE A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR EN ZONA AFECTA (COLUMNA LUMBAR) TELÉFONO 0992504838.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, CON FRACTURA PATOLOGICA	M809		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-08	09:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-08	09:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

