

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LLERENA	ZAMBRANO	GILMA ROSARIO	13	06	1964	61 años, 6 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	1304544032	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JOSE JUCIN DE OLMEDO y SN	099-770-9776 /
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	1304544032	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	12	26
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

FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA , HTA, POLIARTROSIS, FIBROMIALGIA, HERNIA DISCAL LUMBAR, HOMBRO CONGELADO DERECHO DE 15 AÑOS DE EVOLUCION, CERVICO-DORSO.LUMBALGIA, LOS DOS ULTIMOS CUADROS INCREMENTAOS POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO HACE VARIOS MESES, REFIERE NO TOLERAR MEDICACION ORAL PARA ALIVIO DEL DOLOR, (EN PLAN DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA), SE CONTINUA PLAN DE REHABILITACION QUE GENERA ALIVIO DE LOS SINTOMAS DE TIENE. PACIENTE CON MULTIPLES ENFERMEDADES SEE NVIA REFERENCIA A FISIATRIA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU CONTINUIDAD...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL	M508		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-26	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE 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
2025-12-26	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	