

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	CUSME	ROSA INES	04	09	1960	64 años, 4 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304550351	MANABI	CHONE	RICAUARTE	EUGENIO ESPEJO y	098-821-5034 /
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	1304550351	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	01	30
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 DE 64 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA, CERVICALGIA, REFIERE HABER IDO HACE 15 DIAS CON EL REUMATOLOGO Y LE ENVIO OSTEOLAN Y VEROXIDOL (VECES AL DIA) POR 12 DIAS Y LUEGO CADA 12 HORAS, REFIERE QUE FUE AL CARDIOLOGO QUE LE CAMBIO LAS PASTILLAS A VALSARTAN/AMLODIPINO 160MG/5MG A LAS 7 PM Y CARVEDILOL 12.5MG A LAS 7 AM HACE UN MES, SE LA CAMBIARON PORQUE LAS ANTERIORES LE CAUSABAN TAQUICARDIA, REFIERE TENER CONSTANTE DOLOR A NIVEL CERVICAL QUE NO SEDE CON ANALGESIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Radiografías de columna cervical en proyecciones anteroposterior (AP) y lateral: SIN ALTERACIONES EVIDENTES. SE ENVIA REFERENCIA POR CONSTANTE CERVICALGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CERVICALGIA	M542	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	11:08	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-01-30	11:08	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	