

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	BOWEN	LENIN WELLINGTON	17	05	1965	61 años, 1 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304726746	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO CENTRO y	098-526-0193 /
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	1304726746	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	14
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 MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REFIERE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR PERSISTENTE A NIVEL CERVICAL, ASOCIADO A EPISODIOS DE VÉRTIGO. HA RECIBIDO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA, PERSISTIENDO LA SINTOMATOLOGÍA. REFIERE ADEMÁS USO INTERMITENTE DE COLLARÍN CERVICAL POR TEMPORADAS, CON ALIVIO PARCIAL DE LOS SÍNTOMAS. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL DOLOR Y LA LIMITACIÓN FUNCIONAL A PESAR DEL MANEJO CONSERVADOR, SE CONSIDERA NECESARIA LA VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA, POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ADJUNTA RX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CERVICALGIA	M542		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	08:57	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-14	08:57	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	