

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	FARIAS	LIMBER ODILON	09	07	1971	54 años, 5 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304732603	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUNTA Y FILO y	099-108-6054 /
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	1304732603	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	12	09
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

USUARIO QUE ACUDE SOLO POR REFERIR DOLOR EN ZONA CERVICAL CON IRRADIACIÓN A AMBOS MIEMBROS SUPERIORES Y CEFALEAS DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD QUE CEDE CON MEDICACIÓN Y SE EXACERBA CON ACTIVIDADES PROPIAS DE SU TRABAJO (MECÁNICA AUTO MOTRIZ) REFIERE QUE HA REALIZADO ATENCIONES ESPECIALIZADAS (TRAUMATOLOGÍA) EN CONSULTA PARTICULAR CON MEJORA EN LOS DÍAS QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO SIN EMBARGO NUEVA,MENTE PERSISTE SINTOMATOLOGÍA. ACTUALMENTE REFIERE DOLOR EN ZONA CERVICAL CON RADICULOPATÍA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEL AÑO 2024 CON RECTIFICACIÓN DE COLUMNA CERVICAL Y SIGNOS DE ARTROSIS??

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME CERVICOBRAQUIAL	M531	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	09:19	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firma electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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 clínico

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
2025-12-09	09:19	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	