

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIOS	QUIJIJE	HAIDEE HERMELINDA	28	03	1970	56 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305843672	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LA PRIMICIA y VIA ROCAFUERTE	093-984-1528 /
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	1305843672	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	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	06	30
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

Femenina de 56 años quien acude por Lumbociatalgia... Al Ex. Fisico: TA: 160/100mmHg. impresiona muy leve escoliosis... Se indica Ex. de Lab, Rx de column lumbosacra y Enalapril 20mg asi como AMPA o chequeo frecuente de TA... AHORA ACUDE CON Rx DE COLUMNA LUMBOSACRA DONDE SE EVIDENCIA SIGNOS OSTEOARTROSIS OSTEOPOROSIS Y LISTESIS DE L4 SOBRE L5 Y SACRO... POR ELLO SE I/C.- CON TRRAUMATOLOGIA, Y FISITRIA... PENDIENTE MAPA HOLTER Y / O AMPA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIGNOS DE OSTEOARTROSIS Y LISTESIS DE L4 SOBRE L5 Y SACRO..O FUSION DE ESTAS ÚLTIMAS VERTBRAS..? PARA ESTUDIO (RMN) Y TRATAMIENTO EN II NIVEL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPONDILOLISTESIS	M431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	10:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-30	10:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

