

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	DELGADO	ANGELA ARMIDA	27	01	1965	61 años, 3 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305937342	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	MMM y	099-712-4035 /
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	1305937342	FRUTILLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	05	13
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 ADULTA MEDIA CON APPP DE DMTP2 CONTROLADA CON INSULINA NPH 20 IU AM Y 10 IU PM + METFORMINA 1000 MG QD ,REFIERE QUE COMO FECHA REAL HACE 4 AÑOS PRESENTA DOLOR EN COLUMNA Y PIERNA DERECHA LO QUE LE PRODUCE INESTABILIDAD ,EN EL 2022 LE HICIERON RADIOGRAFIA DE COLUMNA DONDE SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS ,REFIERE ESTOS SÍNTOMAS HAN EMPEORADO LO QUE LE PRODUCE QUE LA PIERNA DERECHA PIERDE FUERZA Y SE LE BOBLA LO QUE PROCUDE CAÍDA FRECUENTES ULTIMA HACE 2 MESES , NIEGA ALGÚN OTRO SÍNTOMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE COLUMNA AP Y ALTERAL SE EVIDENCIA DEFORMIDAD EN FORA DE C EN REGION LUMBAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	M419		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIGNA AURENTINA MORA VINCES	1009-13-1216723	

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
2026-05-13	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIGNA AURENTINA MORA VINCES	1009-13-1216723	