

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PIN              | SALAZAR          | TERESA AMPARO | 08                  | 03  | 1950 | 75 años, 0 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        | 1306225952        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | AV ARAY y SAN FRANCISCO      | 099-543-2650 / (98)-155-6888 |
| 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                 | 1306225952      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2025  | 03  | 24  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                          |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación<br>capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal<br>del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/> | ESCOLIOSIS<br>MODERADA               |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 75 AÑOS,ANTECEDENTES CLÍNICO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARATAN 50 MG QD. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE LUMBALGIA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, TRAE RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL DE COLUMNA VERTEBRAL DONDE SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS, REPORTE: ESCOLIOSIS MODERADA. SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD // NUMERO TELEFONICO: 0995432650

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-24 | 12:07 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-24 | 12:07 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |