

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	VERA	EMMA NIEVE	08	08	1956	68 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306522721	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y	096-745-9778 /
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	1306522721	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	03	26
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 ATENDIDA APP: ECNT (HTA) CONTROLADA CON ENALAPRIL DE 5 MG AL MOMENTO ACUDE SE LE BRINDA ATENCIÓN MEDICO, SE LE REALIZA ENTREGA DE MEDICINA HABITUAL. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE QUE MANTIENE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DISPEPSIA, DISTENSIÓN ABDOMINAL, PIROSIS, COMENTA QUE NO SE REALIZÓ EXAMEN DE H. PYLORI DE HECES SOLICITADO EN EL ÚLTIMO CONTROL. PACIENTE REFIERE QUE MANTIENE DOLOR DE COLUMNA DE LARGA DATA, PRESENTA UNA RX ABDOMINAL DE PIE DONDE SE EVIDENCIA UNA ESCOLIOSIS LUMBAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS A NIVEL DE LUMBO-SACRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ESCOLIOSIS SECUNDARIAS	M415		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-26	08:44	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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