

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVADENEIRA	ANZULES	YOLA WIECHITA	15	09	1972	53 años, 3 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307086908	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA MONO GRANDE y	099-364-0482 /
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	1307086908	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología		2026	01	08
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 DE 53 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIERE DOLOR LUMBAR DE LEVE INTENSIDAD DE 4 ÑOS DE EVOLUCION, NO REFIERE ALZA TERMICA, NO REFIERE VOMITOS, INDICA QUE SE DEDICA A LOS QUEHACERES DOMESTICOS, NO RECUERDA QUE MEDICAMENTOS TOMA, REFIERE QUE REALIZA SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA DE CHONE ANTERIORMENTE, REFIERE QUE NECESITA REFERENCIA A DICHA ESPECIALIDAD, TRAE RADIOGRAFIA DE REGION TORACOLUMBAR RECIENTE QUE EVIDENCIA ESCOLIOSIS . APP: NO REFIERE AQX: HERNIORRAFIA. APF: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIO, COLABORADORA, ALERTA,AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE COLUMNA VERTEBRAL PA Y LATERAL: MUESTRA EVIDENTE ESCOLIOSIS, NO PRESENCIA DE ANQUILOSIS. ESPACIOS INTERVERTEBRALES NORMALES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-08	09:26	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-01-08	09:26	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

