

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	GARCIA	MARIA ENEDINA	10	01	1972	53 años, 1 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	1307111607	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS CHONANAS MANZANA 27 VILLA 3 y SN	098-157-6848 /
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	1307111607	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE LESION A NIVEL DE COLUMNA CERVICAL CON RADICULOPATIA EN AMBOS MIEMBROS SUPERIORES DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION. RESONANCIA MAGNETICA REPORTA ESCOLIOSIS EN PLANO SAGITAL CON HERNIAS DISCALES CERVICALES EN C4/C5, CON COMPROMISO DE SACO MEDULAR DE MAS DEL 25%, CON DISCO ENTRE DICHAS VERTEBRAS DESHIDRATADO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA CON DOLOR A NIVEL LUMBAR, SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DOLOR NEUROPATICO POR LESION A NIVEL DE COLUMNA CERVICAL CON RADICULOPATIA EN AMBOS MIEMBROS SUPERIORES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA	M501		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-26	10:53	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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