

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	ESPERANZA MARIBEL	03	02	1972	52 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307137123	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BRAVO CHICO y	096-920-7021 /
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	1307137123	SANTA RITA	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	01	07
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 FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD. APP DM2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA 16 UI EN LA MAÑANA Y 10 EN LA NOCHE, ARTROSIS SIN TRATAMIENTO, CANCER DE TIROIDES DESDE HACE 6 AÑOS EN TRATAMIENTO EN SOLCA.ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR DOLOR LUMBAR CRONICO DESDE HACE 1 AÑO ACOMPAÑADO DE DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIONES DE LAS MANOS, DOLOR IRRADIADO HACIA EL MUSLO DERECHO Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DESVIACION DE LA COLUMNA HACIA LA DERECHA. ADEMAS TRAE RADIOGRAFIA(DESCRITA EN APARTADO DE RESULTADOS)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : ESCOLIOSIS HACIA EL LADO DERECHO, DISMINUCION DEL AGUJERO VERTEBRAL ENTRE L5-S1, SIGNOS DE ARTROSIS EN COLUMNA DORSAL Y LUMBAR. SIGNOS DE ARTROSIS CON DISMINUCION DEL ESPACIO ENTRE IFP Y IFD.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-07	12:30	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-01-07	12:30	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	