

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	DELGADO	OLINDA DEL ROCIO	25	07	1973	52 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307238442	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MANUEL DE JESUS ALVAREZ y AYACUCHO	098-842-3874 /
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	1307238442	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2026	07	15
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 52 AÑOS, CON ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE COLUMNA VERTEBRAL DESDE EL AÑO 2010 Y DIAGNÓSTICO PREVIO DE ARTROSIS DE COLUMNA. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR CRÓNICO A NIVEL CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR, DE INTENSIDAD IMPORTANTE, ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA MOVILIDAD Y DIFICULTAD PARA LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, LO QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE ADEMÁS DOLOR PERSISTENTE LOCALIZADO EN EL ÁREA DE LA CICATRIZ QUIRÚRGICA, DE CARÁCTER CONTINUO, CON EVOLUCIÓN CRÓNICA POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO REALIZADO. INDICA QUE LE GUSTARIA VALORACION PARA PROCESO DE CALIFICACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORAOTRIOS ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME POSTLAMINECTOMIA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	M961	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-15	11:30	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2026-07-15	11:30	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

