

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALDARRIAGA	MIRANDA	SUSANA DEL CARMEN	16	05	1970	54 años, 8 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307890945	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y	099-701-9437 /
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	1307890945	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	01	28
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

USUARIA QUE ACUDE SOLA, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS PRESENTA SENSACIÓN DE DOLOR EN CUELLO NO IRRADIADO, CEFALEAS DE MODERADA INTENSIDAD, EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGÍA CON MEJORIA RELATIVA SIN EMBARGO REFIERE QUE DESDE HACE 2 MESES PRESENTA NUEVAMENTE SINTOMATOLOGÍA QUE MEJORA CON MEDICACIÓN SIN EMBARGO REPITE AL CABO DE 2 - 3 DÍA , AL MOMENTO MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD Y DOLOR CERVICAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFÍA (RESULTADO EN HOSPITAL)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	14:25	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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