

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | ALCIVAR          | LUSVENIA APOLONIA | 20                  | 06  | 1975 | 50 años, 7 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308034980        | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | CALLE LOJA y                 | 098-115-4397 /      |
| 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                 | 1308034980      | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                            |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Traumatología - Brigada Médica externa ONG |  | 2026  | 02  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                               |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS CON APP: ASMA TRATADA CON SALBUTAMOL 2 PUFFS EN CASOS DE CRISIS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON LOSARTÁN DE 50 MG QD, EL DÍA DE HOY ACUDE PARA REVISIÓN DE RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA Y LUMBAR POR ANTECEDENTE DE DOLOR EN COLUMNA QUE IMPIDE LA MOVILIZACIÓN Y LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS, POR LO QUE SE ENVÍA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA DEFINICIÓN DE MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : PROYECCIÓN LUMBAR: SE OBSERVA DESGASTE VERTEBRAL EN L1, L2. APLASTAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN L4-L5. PROYECCIÓN SACRO: SE OBSERVAN OSTEOFITOS EN L5. DESGASTE VERTEBRAL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES | M518   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-02 | 13:35 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-02 | 13:35 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |