

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANGUANO	SOLORZANO	GEN JUNIOR	13	07	1979	45 años, 6 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309726410	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE SALINAS y Y ROCAFUERTE	095-985-1411 / (00)-000-0000
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	1309726410	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	02	03
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 ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CRÓNICO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LUMBALGIA, CERVICALGIA, DOLOR EN HOMBROS QUE HA EMPEORADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES LOS CUALES IMPIDEN DORMIR O REALIZAR ACTIVIDADES DEL DÍA A DÍA. TRATADO DE FORMA PRIVADA DONDE REFIERE LE DIAGNOSTICARON ARTROSIS CERVICAL Y DESVIACIÓN DE COLUMNA. ACUDE CON RX SOLICITADA EN CITA PREVIA DONDE SE EVIDENCIA DESVIACIÓN DE DORSAL Y LUMBAR DESDE D3 - L5, CONTINUA CON DOLOR MANTIENE ANALGESIA DE DICLOFENACO 50MG

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX SE EVIDENCIA LEVE ESCOLIOSIS PERTENECIENTE A REGION DORSAL Y LUMBAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ESCOLIOSIS SECUNDARIAS	M415		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	09:16	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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