

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CRUZATI	YESICA JOHANA	13	10	1981	44 años, 6 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310304223	MANABI	CHONE	SANTA RITA	JULIO ANDRADE y	098-565-4265 /
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	1310304223	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	04	16
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 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESCOLIOSIS DIAGNOSTICADA HACE 4 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR FUERTE DOLOR LUMBAR QUE IMPOSIBILITA LA REALIZACION DE MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES DIARIA Y LIMITACION DE RANGO DE MOVIMIENTO, PACIENTE REFIERE HABER ACUDIDO A FISIATRA PARTICULAR LA CUAL PRESCRIBE TRATAMIENTO PARA DOLOR Y RECOMIENDA LA REALIZACION DEN TERAPIA FISICA POR LO QUE LA PACIENTE RETOMA SU ATENCION EN MSP PARA REVALORACION Y SEGUIMIETO DE ESPECIALISTA POR FALTA DE RECURSOS , AL EXAMEN FISICO: ALA PALPACION DOLOR EN ZONA LUMBAR. PACIENTE SE REALIXA DE FORMA PRIVADA RX DONDE SE OBSERVA MARCADA ESCOLIOSIS POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A FISIATRIA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE COLUMNA DONDE REPORTA MARCADA ESCOLOSIS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	08:20	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-04-16	08:20	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

