

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	VALENCIA	JENNY ISABEL	09	11	1984	41 años, 8 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	1310308760	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PICHINCHA y RAYMUNDO AVEIGA Y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	099-211-6428 /
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	1310308760	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		2026	07 29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

USUARIA ACUDE POR REFERIR DOLOR A NIVEL CERVICAL QUE SE EXACERBA A REALIZAR MOVIMIENTOS PROPIOS DE ESTA ZONA, DOLOR SE IRRADIA A ZONA DE AMBOS HOMBROS Y USUARIA REFIERE PARESTESIAS EN AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES, REFIERE ADEMAS DOLOR EN AMBAS ARTICULACIONES DE RODILLAS EXCACERBADOS CO PERIORES DE BIPEDESTACIÓN O CAMINAR PROLONGADA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SI, RX DE CERVICAL - MANOS - PIES - RODILLAS
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	15:20	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
2026-07-29	15:20	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	