

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| RIVAS            | CEDEÑO           | FIDEL EDUARDO | 03                  | 07  | 1982 | 43 años, 10 meses, 17 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310459514        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | SN y                         | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1310459514      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2026  | 05  | 20  |
| 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 ADULTO DE 43 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR CRÓNICO A NIVEL LUMBAR DE MODERADA INTENSIDAD, DE TIPO MECÁNICO, QUE AUMENTA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DISMINUYE CON EL REPOSO. REFIERE RIGIDEZ MATUTINA DE CORTA DURACIÓN Y LIMITACIÓN PARCIAL PARA MOVIMIENTOS DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN. REFIERE PÉRDIDA DE FUERZA MUSCULAR, ALTERACIÓN DE ESFÍNTERES O TRAUMATISMO RECIENTE. ANTECEDENTE DE CAMBIOS DEGENERATIVOS OSTEOARTICULARES COMPATIBLES CON ESPONDILOSIS. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. COLUMNA CERVICAL/LUMBAR CON DOLOR A LA PALPACIÓN PARAVERTEBRAL Y LIMITACIÓN LEVE DE LA MOVILIDAD. CONTRACTURA MUSCULAR PARAVERTEBRAL. FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS EN EXTREMIDADES. REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ESPONDILOSIS DE LARGA DATA DE EVOLUCION AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| ESPONDILOSI, NO ESPECIFICADA | M479   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-20 | 22:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

## 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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-20 | 22:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

