

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	QUIROZ	JOSE GILBERT	15	08	1983	41 años, 5 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311380214	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	099-702-8181 /
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	1311380214	SANTA RITA	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		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 MASCULINO DE 41 AÑOS, APP: NR, AQX: NR, AF: NR, ACUDE A CONTROL MEDICO DEBIDO A QUE HACE 5 DIAS PRESENTO UNA CAIDA DE SU PROPIA ALTURA EN EL CUAL SUFRIO CONTUSION A NIVEL DE COSTILLAS DERECHAS Y REGION LUMBAR, AL MOMENTO SOLO PRESENTA DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EL CUAL SE EXACERVA 10/10 EN LA NOCHE, FUERZA MUSCULAR 4/5 EN LAS CUATRO EXTREMIDADES. REFIERE LIMITACION EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS, NO SE VISUALIZA HEMATOMA, NO SE SIENTE CREPITANTES EN REGION, NO SE ASOCIA A SIGNOS DE ALARMA. MENCIONA QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON AINES EL CUAL NO CALMA EL DOLOR. POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA. PACIENTE TRAE A CONSULTA RADIOGRAFIA AP Y LATERAL EL CUAL REPORTA: ESCOLIOSIS LUMBAR DE CONVEXIDAD DERECHA, LEVE DISMINUCION DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L5,S1. CONTROL SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA AP Y LATERAL: ESCOLIOSIS LUMBAR DE CONVEXIDAD DERECHA, LEVE DISMINUCION DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L5,S1.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	18:02	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

Firmado electrónicamente por: ANA BELEN COSTALES MONTALVO

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
2025-02-03	18:02	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

