

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LEONES           | MOREIRA          | MARIA EDITH | 30                  | 10  | 1985 | 38 años, 11 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311632978        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | NARANJOS 2 y                 | 099-097-9731 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1311632978      | SAN ANTONIO              | 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 |  | 2024  | 10  | 01  |
| 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

☐

RECTIFICACION DE COLUMNA CERVICAL Y CERVICALGIA DE LARGA EVOLUCION

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES DE RECTIFICACION DE LORDOSIS CERVICALDIAGNOSTICADA HACE 3 AÑOS POR RESONANCIA MAGNETICA, ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS NO BIEN ROCONOCIDOS (AL MOMENTO PACIENTE CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES), Y DE TRASTORNO DEL SUEÑO NO ESPECIFICADO(SOMNOLIENCIAS). AL MOEMNTO PACIENTE CONO DOLOR EN REGION CERVICAL DE LARGA EVOLUCION QUE NO MEJORA CON ANALGESICOS DE PRIMERA O SEGUNDA LINEA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA PARA SEGUIMIENTO DE RECTIFICACION DE COLUMNA CERVICAL NUMERO TELEFONICO 099 097 9731

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA \*: RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL EN PLANO SAGITAL Y TRANSVERSAL EN SECUENCIAS T1 Y T2 RECTIFICACION DE LORDOSIS FISIOLÓGICA DE COLUMNA CERVICAL LOS CUERPOS VERTEBRALES CONSERVAN ALTURA, MORFOLOGIA Y ALINEACION POSTERIO DENTRO DE NORMALIDAD LOS DISCOS INTERVERTEBRALES MUESTRAN TENUES CAMBIOS DE INTENSIDAD DE SEÑAL DE ASPECTO DEGENERATIVO PREDOMINANTEMENTE C3-C4, C4-C5, Y C5-C6 ESTAN LIGERAMENTE PETRIDOS CENTRALES SIN CONDICIONAR COMPRESION MEDULAR CANAL RAQUIDEO Y AGUJEROS DE CONJUNCION DE DIAMETROS NORMALES LA MEDULA NO MUESTRA ALTERACIONES EN SU MORFOLOGIA NI INTENSIDAD DE SEÑAL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL | M508   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-01 | 23:05 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-01 | 23:05 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |