

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	ESPERANZA MONSERRATE	01	04	1987	38 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312137332	MANABI	CHONE	CONVENTO	LA 17 DE ABRIL y LA 17 DE ABRIL	099-222-1065 / (05)-302-8665
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	1312137332	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	03	12
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 38 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR DOLOR LUMBAR CRONICO DE TIPO PUNZANTE QUE SE HA INTENSIFICADO ESTE ULTIMA SEMANA Y QUE SE EXTIENDE HACIA EXTREMIDADES INFERIORES. SE ADMINISTRA DIAS PREVIOS AINES. ACTUALMENTE PACIENTE EN TTO. PARA ERRADICACION DE H. PYLORI.(ATB) PACIENTE TRAE CONSIGO RADIOGRAFIA DE COLUMNA AP Y LATERAL Y PELVIS. APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE APF: MADRE DM E HTA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ALGICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX COLUMNA VERTEBRAL AP Y LATERAL: SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS LEVE . SACRO: INFLAMACION DE ARTICULACION SACROILIACA(SACROILEITIS).

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
SACROILIITIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		M461	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-12	14:28	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-03-12	14:28	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	