

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARAUZ	CEGOVIA	MARIA FERNANDA	06	05	1988	36 años, 10 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312668534	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLA VISTA 2 y SN	098-084-9802 /
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	1312668534	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		2025	03	14
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 DE 36 AÑOS, CON APP: 3 AÑOS Y MEDIO EN REMISIÓN POR CÁNCER DE ESTOMAGO APF: HTA (MAMA Y PAPA), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN ZONA LUMBAR Y RODILLA DERECHA DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCION, PACIENTE REFIERE QUE APROXIMADAMENTE HACE 3 MESES EL DOLOR DE HA EXTENDIDO A LA REGIÓN CERVICAL QUE SE IRRADIA HACIA REGION DORSAL. ACUDE CON RX EN EL QUE SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS. PACIENTE REFIERE QUE NO HA SIDO REFERIDA AUN A TRAUMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA MAS CORTA QUE LA DERECHA, EN BIPEDESTACIÓN SE OBSERVA LEVE INCLINACIÓN DE HOMBRO DERECHO EN COMPARACIÓN CON EL HOMBRO IZQUIERDO, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE LUMBAR Y TOMOGRAFIA DE COLUMNA: SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS. NUMERO: 0980849802 / 098698373

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-14	08:41	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-14	08:41	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

