

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	ANDRADE	HELEN TAMARA	27	01	1995	31 años, 4 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313355875	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	C y	097-953-4150 / (05)-269-6013
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	1313355875	SAN ANTONIO	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	06	02
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 31 AÑOS DE EDAD, ACUDE AL CENTRO DE SALUD PORQUE PRESENTA DOLOR LOCALIZADO EN REGIÓN COCCÍGEA (COXIS), DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, QUE SE EXACERBA CON LOS MOVIMIENTOS, ESPECIALMENTE AL AGACHARSE. REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL IMPORTANTE, YA QUE AL FLEXIONARSE PRESENTA DIFICULTAD MARCADA PARA VOLVER A INCORPORARSE A LA POSICIÓN ERECTA DEBIDO A LA INTENSIDAD DEL DOLOR. EL CUADRO INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y MOVILIDAD. POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA Y COMPROMISO FUNCIONAL, REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		M533		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	14:52	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-02	14:52	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	