

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	VELEZ	JESUS GABRIEL	20	01	1997	29 años, 5 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314002096	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN RAFAEL y	096-876-7932 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1314002096	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	06	29
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

HOMBRE DE 29 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE, APF: DM2 PADRE, ALERGIAS: NO REFIERE, APQX: NO REFIERE. ACUDE A UNIDAD DE SALUD POR CC DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR CRONICO+PARESTESIAS EN MIEMBROS INFERIORES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, ASINTOMATICO. SIGNOS VITALES ESTABLES. AL EXAMEN FISICO: PRUEBA DE ADAMS: ELEVACION DEL TRONCO DEL LADO IZQUIERDO, ASIMETRIA LEVE. . PACIENTE REFIERE PERIODOS DE PARESTESIAS Y CLAUDICACION ESPONTANEA EN DOS OCASIONES DURANTE ACTIVIDADES LABORALES, NIEGA USO DE FAJAS LUMBAR EN EL TRABAJO REFIERE USO DE MEDICACION CON MEJORIA DE CUADRO. HOY ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DEL 26/04/2026 QUE INDICA ESCOLIOSIS DE COLUMNA LUMBAR, ANGULO DE COBB AUMENTADO 14 GRADOS. CON CONVEXIDAD DERECHA. RX DE TORAX SIN ANORMALIDADES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ESCOLIOSIS SECUNDARIAS	M415	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-29	11:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-06-29	11:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	