

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	HIDALGO	CINTHYA LISBETH	26	04	1994	32 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314041144	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE MALAMBO y SN	096-011-6758 /
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	1314041144	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	05	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE OBESIDAD MÓRBIDA, ASMA BRONQUIAL CON TTO SINTOMÁTICO EN CASO DE CRISIS (MOMETASONA SPRAY), REFIERE DOLOR EN ZONA LUMBAR DE +/- 4 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE IRRADIA A LAS PIERNAS, SOBRETUDO A LA PIERNA IZQUIERDA, ACOMPAÑADO DE PARESTESIAS, LO QUE LE DIFICULTA PARA LEVANTARSE O ACOSTARSE, CEDE POCO A LOS ANALGÉSICOS Y TERAPIA FÍSICA, SE EXACERBA A LOS ESFUERZOS FÍSICOS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA. *** 0960116758 - 0989683972 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

///Rx DE COLUMNA DORSAL: SE OBSERVA MARCADA ESCOLIOSIS. ///Rx DE COLUMNA LUMBAR: SE OBSERVA RECTIFICACIÓN LUMBAR CON DISMINUCIÓN DE LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	13:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-13	13:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

