

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	SANTOS	FANNY BETSABE	03	02	2003	22 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316323151	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	WASHINTONG y MALECOM	099-908-0059 /
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	1316323151	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	07	31
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 FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD. APP: MIGRAÑA. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEAS INTENSAS QUE INHABILITAN ACTIVIDADES DIARIAS QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR EN ZONA CERVICAL. AL INTERROGATORIO MENCIONA MAREOS, NO REFIERE MAS SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. ACUDE CON RADIOGRAFIA REALIZADA EL 16 DE JUNIO, HACE UNA SEMANA DONDE SE EVIDENCIA C2 DESPLAZADA HACIA ABAJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA REALIZADA EL 16 DE JUNIO, HACE UNA SEMANA DONDE SE EVIDENCIA C2 DESPLAZADA PROVOCANDO PRESUNTO PINZAMIENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE DISCO CERVICAL, NO ESPECIFICADO	M509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	08:58	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	 Diana Kathiusca Zambrano Andrade Time Stamping Security Data

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
2025-07-31	08:58	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

