

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	JULIETH ANTONELLA	16	04	2010	15 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316399136	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y CDLA 6 DE DICIEMBRE	096-764-2125 /
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	1316399136	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	Fisiatría	2025	11	27
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 FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADA DE MADRE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL LUMBAR QUE MIGRA HACIA ZONA GLUTEA Y PATELAR, ADEMAS REFIERE QUE PRESENTA CALAMBRES RECURRENTES EN DEDO MEÑIQUE. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA IRRITACIÓN DEL NERVIIO CIATICO, TEST DE LAS ÉGUE POSITIVO. ACUDE CON RX SOLICITADA EN CONSULTA ANTERIOR DONDE SE EVIDENCIA ESCOLIOSIS A NIVEL L1 - S 2. EN RADIOGRAFIA SE EVIDENCIA DESVIACION MARCADA DESDE ULTIMAS VERTEBRAS TORACICAS Y ABARCA LUMBARES .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : EN RADIOGRAFIA SE EVIDENCIA DES VIACION MARCADA DESDE ULTIMAS VERTEBRAS TORACICAS Y ABARCA LUMBARES . EN NECESIDAD DE APOYO POR PARTE DEL AREA DE FISIATRIA PARA LCDA. NIDIA ZAMBRAN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCOLIOSIS IDIOPATICA JUVENIL	M411		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	14:25	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-27	14:25	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

