

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTOS	SANTOS	JOHN KEVIN	29	12	1995	30 años, 4 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316442506	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	CIUDADELA LOS SAMANES A 50 METROS DE LA ENTRADA DEL HOSPITAL y 0	999-999-9999 /
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	1316442506	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	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 DE 30 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA DOLOR EN REGION DORSAL CON EVA 8/10 QUE SE INCREMENTA EN LAS MAÑANAS PERO SE MANTIENE DE FORMA CONSTANTE PARA CONTROL NO PRESENTA PARESTESIAS EN MIEMBROS INFERIORES, REFEIRE COLOCARSE POMADAS MENTOLADAS, MAS CONTROL PRESENTA DOLOR A PESAR DE TOMAR ENTROCOCIB 120MGH CADA DIA PARA CONTROL PERO SOLO CEDE MOMENTANEMENTO PRESENTA CIFOSIS DORSAL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

D

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	14:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

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	14:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	