

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	GOMEZ	EVELYN DAYANA	15	12	2010	15 años, 7 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350011571	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL JUNCAL y	098-697-2734 /
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	1350011571	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 DE CHONE	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	22
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 PRESENTA DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN COLUMNA LUMBOSACRA PRODUCTO DE CAIDA Y SOBREPESO DE OBJETO HACE 10 AÑOS DE EVOLUCION, POR LO QUE MADRE REFIERE QUE PERSISTE EL DOLOR EN COLUMNA , CON DIAGNOSTICO DE ESPONDILOLISTESIS DE L5 SOBRE S1 GRADO 1, PROTRUSION DISCAL CON CALCIFICACION DEL ANILLO VERTEBRAL EN EL MISMO NIVEL .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL L5 SOBRE S1 MENOR AL 25 POR CIENTO CON SIGNOS DE RUPTURA PAREDES ARTICULARES, MODERADA PROTRUSION DISCAL CON CALCIFICACION DEL ANILLO Y DISMINUCION DEL ESPACIO VERTEBRAL EN EL MISMO NIVEL,CANAL Y AGUJERO VERTEBRALES LIBRES,NO SE OBSERVAN LESION DE CARILLAS ARTICULARES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES	G551		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	10:15	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

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
2026-07-22	10:15	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

