

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEMER A	MERO	DELFINA GENITH	29	10	2013	12 años, 6 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351093834	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA COLAMARCO y	099-969-0516 /
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	1351093834	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		2026	05	20
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

ADOLESCENTE QUE ACUDE JUNTO A SU MADRE A CONTROL DE SALUD, REFIERE FAMILIA NUCLEAR, NO RIESGO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS, NO TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA, REFIERE BUEN APETITO, ESTADO DE ANIMO ALEGRE. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA SIN NOVEDAD, CHARLA SOBRE PROYECTO DE VIDA Y ANTICONCEPTIVOS, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE A FEBRIL ACTIVA, HA PRESENTADOS DOLOR DE ESPALDA DORSO-LUMBAR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD QUE AUMENTABA CON LA MOVILIDAD CUADRO DE 1 AÑO CON AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA DESDE HACE 3 MESES, SE HA AUTOMEDICADO, AHORA CON LEVE DOLOR CON USO DE FAJA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE COLUMNA - ESCOLIOSIS MODERADA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	10:14	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JULIO CESAR GARCIA OLEA

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
2026-05-20	10:14	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	