

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PABON	CASTRO	ANA GUADALUPE	24	01	1946	80 años, 4 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1700302399	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SD y	000-000-0000 /
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	1700302399	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 NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	06 09
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

PTE. ADULTA MAYOR DE 80 AÑOS CON APP DE ESCOLIOSIS , Y POLIARTROSIS ... AHORA ACUDE POR DOLOR DORSO-LUMBOSACRO Y DOLOR EN LAS RODILLAS A PREDOMINIO DERECHO... AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROM,ICAS . AR: MV NORMAL, ACV: RScsRs/S TA: 130/70mmHg. SE OBSERVA AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN DORSAL Y ESCVOLIOCIS DERECHA DE GRAN RELEVANCIA ASI COMO CREPITACIÓN DE RODILLA DERECHA... TRAE Rx.- QUE REPORTA: ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR. CON CAMBIOS DE OSTEOARTRASIS SIGNOS DE LESION BLASTICA CON POSIBLE DE MTS ENTRE T11 A L3.- POR LO QUE REQUIERE RE-EVALUACI+ÓN TRAUMATOLOGICA CON RMN.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR. CON CAMBIOS DE OSTEOARTRASIS SIGNOS DE LESION BLASTICA CON POSIBLE DE MTS ENTRE T11 A L3.- POR LO QUE REQUIERE RE-EVALUACI+ÓN TRAUMATOLOGICA CON RMN.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	08:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-09	08:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

