

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELASQUEZ	BENILDA GUADALUPE	14	10	1946	78 años, 3 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1707569552	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA y NO RECUERDA	098-501-2020 / (99)-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	1707569552	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	02	11
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

USUARIA ADULTA MAYOR CON ANTECEDENTES DE CA DE COLON SIGMOIDEO, REFIERE QUE HACE MÁS DE UN AÑO SUFRE CAÍDA DE +- 30 CENTÍMETROS CON POSTERIOR DOLOR EN ZONA LUMBAR DE MODERADA INTENSIDAD, DURANTE SU TRATAMIENTO EN SOLCA SE LE REALIZO ESTUDIO DE IMÁGENES LO CUAL REVELA: ESCOLIOSIS DORSAL - CIFOSIS DORSAL AUMENTADA - FRACTURA Y APLASTAMIENTO EN CUÑA SUB AGUDO CRÓNICO DEL CUERPO VERTEBRAL D11 - CON LIGERA PROPULSIÓN, FRACTURA Y MODERADO HUNDIMIENTO DEL PLATILLO INFERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL L2 DE APARIENCIA SUB AGUDA - CRÓNICA - PROTRUCCIÓN DEL DISCO EN EL ESPACIO L5-S2 - LESIONES DE APARIENCIA OSTEO PORÓTICA - AL MOMENTO NO DOLOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTUDIOS DE IMÁGENES QUE RELVAN LO YA MENCIONADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	M511		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	14:04	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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