

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ANZULES	JUAN VICENTE	30	06	1964	61 años, 11 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304553835	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS BRAVOS CHICO y	099-984-6850 /
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	1304553835	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	12
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	☐	RADICULOPATIA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE CORONARIOGRAFIA + ANGIOPLASTIA DE LA A CORONARIA DESCENDENTE ANTERIOR MÁS IMPLANTE DE STENT MÁS VENTRICULOGRAFÍA. HACE 4 MESES, NO HTA Y NO INVESTIGADA DM2, (LA CUAL SE INVESTIGARÁ HOY), ACUDE POR PARETESIAS EN MID MUSLO HASTA PLANTA DEL PIÉ, REFIERE DOLOR EN COLUMBNA A LA FLEXIÓN. AL EXAMEN FISICO DOLOR EN T10, T12, L1 A L3 Y MANIOBRA DE LASSAGE POSTIIVA. RX SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE ESPACIOS VERTEBRALES A NIVEL DE RETROLISTESIS EN L5 Y DISMINUCIÓN DE ESPACIO VERTEBRALES A NIVEL DE L1-L2-L3. UN AÑO D EVOLUCIÓN DE ESTOS SINTOMAS AL MOMENTO NO MEDICADO PERO SI HA TOMADO MEDICAMENTOS COMO PRREBAGALINA, SE CAMBIA A GABAPENTINA Y SE ENVIA A SEGUNDO NIVEL. 0984181745

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

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
2026-06-12	10:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	10:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	