

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD            | TIPOLOGIA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA    | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| MSP                                   | 001414           | San Antonio                         | CS             | 1300672720                          |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Solorzano                             | Mendoza          | Teotimo                             | Fidel          | H                                   | 29-08-1929        | 95   | H                       | D | M | A |
|                                       |                  |                                     |                |                                     |                   |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                          |                | DERIVACIÓN MOTIVO                   |                   |      |                         |   |   |   |
| 0982516943                            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.        |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 2. Falta de espacio físico.         |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 3. Falta de equipamiento.           |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 4. Equipos en mal estado.           |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 5. Problemas de infraestructura.    |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                                     |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                                     |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                                     |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                                     |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                           |                |                                     |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1303             | 130357                              |                |                                     |                   |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|---------------|
| MSP                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Traumatología |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE PRES ENTA DOLOR LUMBAR CON DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÒN Y DOLOR DE CADERA Y MMII DES DE HACE 8 DÍASPOS TERIOR A CAÍDA DE S U PROPIA ALTURA- LLAMA LA ATENCIÒN EN RX DE COLUMNALUMBAR DIS MINUCIÒN DE ES PACIOINTERVERTEBRAL L5-S 1. Y PINZAMIENTO DE ES PACIOS INTERVERTEBRALES T12-L1- L1-L2- L2-L3 Y L4L5. ADEMàs RX CON ANGULO DECOBB 13 GRADOS .- Y OSTEOFITOS - EN MURO ANTERIOR DE CUERPOS VERTEBRALES . 0982516943

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LLAMA LA ATENCIÒN EN RX DE COLUMNALUMBAR DIS MINUCIÒN DE ES PACIO INTERVERTEBRAL L5-S 1. Y PINZAMIENTO DE ES PACIOSINTERVERTEBRALES T12-L1- L1-L2- L2-L3 Y L4L5. ADEMàs RX CON ANGULO DE COBB 13 GRADOS .- Y OSTEOFITOS - EN MURO ANTERIORDE CUERPOS VERTEBRALES .

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                                      | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------------------------------------|------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|--|-----|-----|-----|
| 1. | Trastornos De Disco Lumbar Y Otros Con Radiculopatía | M511                               |     | X   | 4.  |  |  |  |     |     |     |
| 2. |                                                      |                                    |     |     | 5.  |  |  |  |     |     |     |
| 3. |                                                      |                                    |     |     | 6.  |  |  |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2024-11-25                            | 12:33           | Jose          | Andrade         | Garcia           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1307021061                            |                 |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÒN JUSTIFICADA | SI | NO |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
|                        |    |    |                        |    |    |

CONTRAREFERENCIA☐

REFERENCIA INVERSA☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
|  |  |  | // |
|--|--|--|----|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |
|--|
|  |
|--|

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |
|--|
|  |
|--|

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |