



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	Santa Rita	CS	1351100431							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Reyes	Loor	Nohelia	Carolina	M	02-02-2010	14	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-654-2941		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.								

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	Medicina Interna

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINO DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA ACOMPAÑADA DE LA MAMA APP NO REFIERE APF ABUELO PATERNODIABETICO NIEGA CIRUGIAS NIEGA ALERGIAS ACUDE A CONS ULTA CON UN CUADRO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADOPOR DOLOR EN LA ZONA LUMBAR- EVA 9/10 MADRE REFIERE QUE ACUDIO AL HOSPITAL DE CHONE POR EMERGENCIA HACE 1 SEMANADONDE LE MEDICARON DICLOFENACO IV Y OTRA MEDICACION IM MADRE NO RECUERDA EL NOMBRE. AL MOMENTO PACIENTE SIGUECON DOLORES EN LA ZONA LUMBAR DE INTENSIDAD FUERTE IMPIDIENDOLA REALIZAR ACTIVIDADES DE S U VIDA DIARIA NO PUEDECONCILIAR EL S UEÑO NI MANTENER UNA BUENA POSTURA. AL EXMANE FISICO PACIENTE ORIENTADO EN LAS ESFERAS ACTIVO YREACTIVO NORMOCEFALICA SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS- RUIDOSCARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION. EXTREMEDIAES SIMETRICASNO EDEMA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINO DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA ACOMPAÑADA DE LA MAMA APP NO REFIERE APF ABUELO PATERNODIABETICO NIEGA CIRUGIAS NIEGA ALERGIAS ACUDE A CONS ULTA CON UN CUADRO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADOPOR DOLOR EN LA ZONA LUMBAR- EVA 9/10 MADRE REFIERE QUE ACUDIO AL HOSPITAL DE CHONE POR EMERGENCIA HACE 1 SEMANADONDE LE MEDICARON DICLOFENACO IV Y OTRA MEDICACION IM MADRE NO RECUERDA EL NOMBRE. AL MOMENTO PACIENTE SIGUECON DOLORES EN LA ZONA LUMBAR DE INTENSIDAD FUERTE IMPIDIENDOLA REALIZAR ACTIVIDADES DE S U VIDA DIARIA NO PUEDECONCILIAR EL S UEÑO NI MANTENER UNA BUENA POSTURA. AL EXMANE FISICO PACIENTE ORIENTADO EN LAS ESFERAS ACTIVO YREACTIVO NORMOCEFALICA SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS- RUIDOSCARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION. EXTREMEDIAES SIMETRICASNO EDEMA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Lumbago Con Ciatica	M544	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-27	07:33	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1709823288				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN 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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	