



| 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                              | Chone                    |                                     | CS-C                             | 1313522755                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                          | PRIMER NOMBRE                       |                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| Arteaga                                                     |                                                         | Lucas                               |                          | Katuska                             |                                  | Elizabeth                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | M                 | 28-01-1994       | 30   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                        | D                               | M                        | A                        |                                    |                                     |                          | X                                  |                          |                          |                                                         |                          |
| H                                                           | D                                                       | M                                   | A                        |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     | X                        |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                                         |                                     |                          | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| 099-441-9435 / (05)-258-5230                                |                                                         |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                          | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   |                                                         | CANTÓN                              | PARROQUIA                |                                     | 2. Falta de espacio físico.      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          |                                                         | 1303                                | 130301                   |                                     | 3. Falta de equipamiento.        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          |                                     | 4. Equipos en mal estado.        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          |                                     | 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 |  | Traumatologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO DE DISCO LUMBAR CON RADICULOPATIA ACUDE CON RESULTADO DE RESULTADO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR QUE REQUIERE SER VALORADO POR LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RM COLUMNA LUMBAR: PROMINENCIA DISCAL SIMÉTRI CA L4-L5 Y L5-S 1 QUE MODI F I CA EL S ACO DURAL Y CONDI CI ONA ES TENOS I SF ORAMI NAL MODERADA CON ES POND I LOARTROS I S LUMB AR |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                      | PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-11-12                            | 01:45        | Jose          |  | Andrade         | Garcia           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1307021061                            |              |               |  |                 |                  |

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