



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	Canuto		CS	1304357682					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Ponce		Zambrano		Josefa		Solanda		M	05-12-1958	66	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
096-320-8088				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.							
13				1303		130352					

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		Fisiatria	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ADULTA MAYOR DE 66 AÑOS DE EDAD- ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ANIVEL DE LA REGIÓN DORSAL Y LUMBAR- QUE SE DESENCADENAN DURANTE LA ACTIVIDAD FISICA Y SE EXARCEBAN DURANTE LOSCAMBIOS DE POSICIÓN- REFIERE PRESENCIA DEL DOLOR QUE IMPOSIBILITA REALIZAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. ANTECEDENTESPERSONALES: HIPERTENSION TRATADA CON LOSARTAN DE 50MG- ARTROSIS- ESCOLIOSIS. QUIRURGICAS: COLECISTECTOMIA HACE 6MESES- HISTERECTOMIA HACE 10 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE. FAMILIARES: PADRE Y MADRE HIPERTENSOS. AL EXAMEN FISICOPACIENTE CONSCIENTE- ORIENTADA- HIDRATADA- AFEBRIL; TORAX: SIMETRICO- EXPANSIBILIDAD CONSERVADA- NO SIGNOS DEDIFICULTAD RESPIRATORIA- PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES- NO SE AUSCULTANRUIDOS SOBREÑADIDOS- CORAZÓN: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS- NO SE AUSCULTAN SOPLOS- SE OBSERVA ESCOLIOSIS;ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- S UAVE- DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACION; REGIÓN INGUINO GENITAL: SINPATOLOGIA- EXTREMIDADES SIMÉTRICAS- NO EDEMA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Escoliosis No Especificada		M419		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-11	09:43	Diana		Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1351725732					

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	