



| 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                             | 1306112952                       |                   |                                                         |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Pantusin                                                    | Vergara          | Ana                      | Cecilia                          | M                                | 12-10-1968        | 56                                                      | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                  |                                  |                   |                                                         |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN                       |                   |                                                         |                         |   |   |   |  |
| 098-445-5792                                                |                  |                          | X                                |                                  |                   |                                                         |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          | MOTIVO                           |                                  |                   |                                                         |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                                  |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |                                  |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |                                  |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |                                  |                   |                                                         |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130350                   |                                  |                                  |                   |                                                         |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| USUARIA CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ADEMAS DE TRASTORNO DE DISCO LUMBAR- REFIERE QUE LUEGO DE TRATAMIENTO DE LA ESPECIALIDAD (TRAUMATOLOGIA) PERSISTE SÍNTOMAS LUEGO DE REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DE HOGAR- REFIERE RADICULOPATÍA A MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO- DOLOR EN ZONA CERVICAL QUE IRRADIA HOMBRO LADO IZQUIERDO- REFIERE DISMINUCIÓN DE FUERZA MUSCULAR EN ESTE MIEMBRO (POCO FRECUENTE) |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| XXX                                                               |  |

| 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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-19                            | 09:09        | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |              |               |                 |                  |

| 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<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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |