



| 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                    | Eloy Alfaro                  | CS-A                                                    | 1313263277                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Muñoz                                                       | Macias                    | Elvia                        | Nayely                                                  | M                                  | 12-04-2002       | 23   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                   |                                                         | DERIVACIÓN                         |                  |      |                         |   |   |   |
| 0960048529                                                  |                           | X                            |                                                         | MOTIVO                             |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                           | 1. Accesibilidad geográfica. |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |                           | 2. Falta de espacio físico.  |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                      | 3. Falta de equipamiento. |                              | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   | 4. Equipos en mal estado. |                              | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| 13                                                          | 1303                      | 130301                       | 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 | Traumatología |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE POR REFERIR DOLOR DE PIERNA IZQUIERDA DEAPROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCION. REFIERE QUE EL DOLOR INICIÓ POSTERIOR A REALIZAR ACTIVIDAD FISICA- ES DEINTENSIDAD MODERADA Y DIFICULTA LA REALIZACION DE S US ACTIVIDADES DIARIAS- REFIERE HABER SIDO VALORADA PREVIAMENTEPOR FISIOTERAPEUTA- QUIEN INDICÓ TTO FARMACOLÓGICO CON ETORICOXIB 90MG VO QD POR 7 DIAS Y CONRELAX SIMPLE VO QDPOR 7 DIAS Y 9 FISIOTERAPIA CONTINUA 9 SECCIONES. PACIENTE INDICA HABER COMPLETADO EL TRATAMIENTO SIN PRESENTARMEJORIA SIGNIFICATIVA MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD. O |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AL EXAMEN FISICO MARCHA CON LIGERA CLAUDICACION DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. DOLOR A LA PALPACION EN REGIONLATERAL DE MUSLO IZQUIERDO. |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Otros Trastornos Especificados De Los Musculos |                                    | M628 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-30                            | 08:51        | Milton        | Barreto         | Chica            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1312587668                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |