



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	Convento		CS-A	1310821887													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Velez		Loor		Elisa		Elisabe		M	21-01-1983	42	<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													
098-176-3630				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		X									
13		1303		130353		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		Traumatologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR DORSALGIA Y LUMBALGIA DE UN AÑOS DE EVOLUCION DE PREDOMINIO NOCTURNO ADEMAS DE DOLOR EN AREAS DE CODOS Y HOMBROS MAS PARESTESIAS DE MANOS- NO REFIERE FIEBRE- NO DIARREAS- NO VOMITOS. REFIERE QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Y EL SUEÑO. SE DEDICA A LOS QUEHACERES DOMESTICOS. FUM: 16/11/2025. AGO: G4 P3 C1 A0. APP: NO REFIERE: APF NO REFIERE- APQ: CESAREA MA SALPINGECTOMIA BILATERAL- NO ALERGIAS- INDICA QUE TUVO CAIDA DE CABALLO HACE 20 AÑOS- TRAE A REVISAR EXAMENES DE LABORATORIOS E IMAGENOLOGICOS. ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. PLAN: SE PRESCRIBE ANALGESICOS- EDUCACION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE- HIGIENE POSTURAL- SE REALIZA REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA PARA TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 13 G/DL- PLAQUETAS 241.000- GLOBULOS BALNCO 8.920- NEUTROFILO 77.1%OTROS ANALISIS: VDRL NO REACTIVO COPROLOGICO: COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO COLOR CAFÉ CONSISTENCIA PASTOSA EXAMEN COPROPARASITARIO PARÁSITOS NO SE OBSERVAN PARÁSITOS MÉTODO: MICROSCOPIA HELICOBACTER PYLORI EN HECES NEGATIVO CREATININA: 0.89 MG/DL ACIDO URICO: 2.94 MG/DL ALT (SGPT): TGO/AST 22.60 U/L 0 - 31 TGP/ALT 21.39 U/L 0 - 32 COLESTEROL TOTAL: 166 MG/DL GLUCOSA: 93.0 MG/DL RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL: SE VIZUALIZA ESCOLIOSIS EN REGION DE COLUMNA TORACICA- NO SE VIZUALIZAN MASAS O LESIONES LITICAS. UREA: 30.1 MG/DL

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
2025-12-14	12:54	Maria		Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310675093					

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		