



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	Hospital General Napoleon Davila Cordova	HG	1308108966							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Villaprado	Andrade	Ana	Maria	M	14-07-1971	54	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
096 984 3775		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	130353	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 54AÑOS- ACUDE A CONSULTA PARA EXAMEN MÉDICO GENERAL DE RUTINA. REFERE BUEN ESTADO GENERAL- SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS- CARDIACOS- DIGESTIVOS- NEUROLÓGICOS NI URINARIOS AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN PACIENTE REFIERE DOLOR EN FLANCO DERECHO HACE 1 MES DE EVOLUCION QUE INICIA POR LA TARDES QUE SE IRRADIA EN BOCA DES ESTOMAGO EVA 3/10 DE TIPO URENTE CON DURACION 30 MINUTOS . ANTECEDENTES PERSONALES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE POR 2 OCASIONES HACE 3 AÑOS Y HACE 1 AÑO Y FAMILIARES REVISADOS- SIN MODIFICACIONES RECIENTES . NIEGA ALERGIAS- HOSPITALIZACIONES RECIENTES . MANIFIESTA INTERÉS EN CONOCER SU ESTADO DE SALUD Y RECIBIR ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PROYECCIÓN FRONTAL Y COLUMNA EN PROYECCIÓN LATERAL. EN LA PROYECCIÓN FRONTAL DE TÓRAX SE OBSERVA SILUETA CARDIOMEDIÁSTINICA DE TAMAÑO Y CONTORNOS CONSERVADOS- SIN ENSANCHAMIENTO MEDIÁSTINICO EVIDENTE. CAMPOS PULMONARES CON ADECUADA EXPANSIÓN- CON AUMENTO DIFUSO DE LA TRAMA BRONCOVASCULAR- Más EVIDENTE EN REGIONES PERIHILIARES Y BASALES- SIN IDENTIFICARSE CONSOLIDACIONES FOCALES- DERRAME PLEURAL NI NEUMOTÓRAX. ESTRUCTURAS ÓSEAS VISIBLES SIN LESIONES LÍTICAS NI FRACTURAS APARENTES.EN LA PROYECCIÓN LATERAL DE COLUMNA SE EVIDENCIA ALINEACIÓN GLOBAL CONSERVADA- CON RECTIFICACIÓN PARCIAL DE LA CURVATURA FISIOLÓGICA Y PRESENCIA DE CAMBIOS DEGENERATIVOS LEVES A MODERADOS CARACTERIZADOS POR DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL Y FORMACIÓN DE OSTEOFITOS MARGINALES ANTERIORES EN VARIOS NIVELES- COMPATIBLES CON ESPONDILOSIS. NO SE IDENTIFICAN COLAPSOS VERTEBRALES NI SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE FRACTURA AGUDA. TEJIDOS BLANDOS PARAVERTEBRALES SIN ALTERACIONES EVIDENTES.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Espondilosis No Especificada	M479	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-22	01:08	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	