



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	Ricaurte	CS-A	1313050203								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Guerrero	Salto	Kimberly	Nohelia	M	01-10-2000	25	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0994351812		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							
13	1303	130350	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	Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO POR CAÍDA HACE APROXIMADAMENTE 6 AÑOS-QUIEN ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CRÓNICO CARACTERIZADO POR LUMBALGIA PERSISTENTE ASOCIADA A CIATALGIA- DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA- CON ALIVIO PARCIAL Y TRANSITORIO POSTERIOR A LA ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA ORAL. REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL INTERMITENTE PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. MANIFIESTA HABERSE REALIZADO ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA- CUYO INFORME EVIDENCIA PROTRUSIÓN DISCAL A NIVEL DE L4/L5 Y L5/S1. AL MOMENTO- DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL CUADRO DOLOROSO Y A LA LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE PRIMER NIVEL- SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGÍA- PARA VALORACIÓN INTEGRAL- CORRELACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA- INCLUYENDO MANEJO MÉDICO AVANZADO Y/O QUIRÚRGICO SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
RESONANCIA MAGNÉTICA *: RM DE COLUMNA LUMBAR ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR- EN INCIDENCIAS CORONALES- SAGITALES Y AXIALES- CON TÉCNICAS DE EFECTO T1 Y T2- INCLUYENDO STIR- SIN ADMINISTRACIÓN IV DE CONTRASTE. CUERPOS VERTEBRALES DE ALTURA- MORFOLOGÍA- INTENSIDAD DE SEÑAL Y ALINEACIÓN POSTERIOR NORMALES. SE MANTIENE LA LOROSIS FISIOLÓGICA LUMBAR. LEVE DESVIACIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DE LA COLUMNA LUMBAR DE CONVEXIDAD A LA DERECHA. NO HAY EDEMA ÓSEO. DISCOS INTERVERTEBRALES DISMINUIDOS DE ALTURA Y DE INTENSIDAD DE SEÑAL. PROTRUSIÓN DISCAL CENTRAL CON FISURA ANULAR TRANSVERSA DE L4-L5 Y L5-S1 QUE MODIFICAN EL CONTOURNO ANTERIOR DEL SACO TECNAL. LIGAMENTO AMARILLO DE ESPESOR NORMAL. RESTO DEL CANAL RAQUÍDEO DE AMPLITUD NORMAL. CONO MEDULAR DE MORFOLOGÍA- CONTOURNO EINTENSIDAD DE SEÑAL SIN ALTERACIONES- DE LOCALIZACIÓN NORMAL. PARTES BLANDAS PRE-Y PARAVERTEBRALES SIN ALTERACIONES. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA: LEVE DESVIACIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DE LA COLUMNA LUMBAR DE CONVEXIDAD A LA DERECHA. CAMBIOS DEGENERATIVOS DISCALES. PROTRUSIÓN DISCAL CENTRAL CON FISURA ANULAR TRANSVERSA DE L4-L5 Y L5-S1 QUE MODIFICAN EL CONTOURNO ANTERIOR DEL SACO TECNAL.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otros Desplazamientos Especificados De Disco Intervertebral	M512	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-25	09:49	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313050203				

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	