



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	Santa Rita		CS-A	1312765827					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Loor		Flecher		Aleida		Eddy		M	13-10-1987	38	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
098-281-5554				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		130302		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 38 AÑOS DE EDAD- APP: HERNIAS LUMBARES - APQ: CES AREA (2) + S ALPINGECTOMIA BILATERAL- APF:PADRES HIPERTENS OS - ALERGIAS : NO REFIERE. PACIENTE ACUDE POR REFERIR DOLOR LUMBAR CRÓNICO CON REAGUDIZACIÓN EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS- CON UNA INTENSIDAD 8/10 EN LA ESCALA DE EVA- QUE SE IRRADIA HACIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO- CONSENSACIÓN TIPO "DESCARGA ELECTRICA" QUE LIMITA SUS ACTIVIDADES DIARIAS- PACIENTE REFIERE FUE VALORADA PORTRAUMATÓLOGO DEL IESS QUIEN ENVIA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA FÍSICA SIN MEJORIA DEL CUADRO CLINICO. ALEXAMEN FÍSICO DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN LUMBOSACRA- SIGNO DE LASEGUE POSITIVO- SENSIBILIDAD CONSERVADAGLOBALMENTE CON PRESENCIA DE PARESTESIAS EN DORSO DE PIE IZQUIERDO SIN DÉFICIT SENSITIVO OBJETIVO CLAR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HERNIAS LUMBARES - AL MOMENTO CON DOLOR EN ZONA LUMBAR QUE S E IRRADIA HACIAEXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA- TIPO "CORRIENTE ELÉCTRICA" QUE INCAPACITA MUCHAS VECES ACTIVIDADES DIARIAS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO 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
2026-04-24	02:36	Leonardo		Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1709823288					

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	