

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BARREIRO         | RAMOS            | ADRIANA MIREYA | 26                  | 05  | 1985 | 40 años, 8 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310822232        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | CARRASCO y NA                | 098-751-1275 / (00)-000-0000 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular          |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1310822232      | CUCUY                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                            |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Traumatología - Brigada Médica externa ONG |  | 2026  | 01  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                               |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

SE REALIZA VALORACIÓN DE PACIENTE FEMENINO DE 40 AÑOS, QUE SE AUTOIDENTIFICA COMO MONTUBIA QUIEN ACUDE POR REFERIR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN REGIÓN LUMBAR QUE SE IRRADIA A PIE. SE REALIZA ANAMNESIS DONDE PACIENTE REFIERE QUE A LA EDAD DE 12 AÑOS TUVO UN TRAUMATISMO A NIVEL DE COLUMNA VERTEBRAL DEL CUAL EMPEZARON LAS MOLESTIAS. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE ENCUENTRA SIGNO DE LASÈGUE Y BRAGARD POSITIVOS. SE REVISÓ RADIOGRAFÍA LUMBAR DONDE SE VISUALIZA DISMINUCIÓN DE ESPACIO INTERVERTEBRAL L5 -S1. SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA PARA REALIZAR RMN. SE DAN MEDIDAS GENERALES Y DE CUIDADO. ASesoría SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ANTICONCEPCIÓN. COMUNICAR NOVEDADES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DENSITOMETRIA OSEA : Disminución de espacio intervertebral l5-s1

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA | M511   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-28 | 13:46 | Medicina Rural | LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO | 0504297581 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |
|                                       |                          |      |               |       |     |     |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-28 | 13:46 | Medicina Rural | LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO | 0504297581 |       |

