

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARPIO	RAMON	CARLOS ALBERTO	18	04	1987	37 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0704733344	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	096-402-8566 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0704733344	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	10	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	LUMBALGIA DE LARGA EVOLUCION QUE NO MEJORA CON ANALGESICOS	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 37 AÑOS DE EDAD , NO SE REFIEREN ANTECEDENTES CLINICOS O QUIURGICOS. PACIENTE CON CUADRO QUE INICIA HACE 19 AÑOS, DE POR DOLOR LUMBAR CON EVA 10/10. PACIENTE CON DOLOR REAGUDIZADO, EL CUAL IMPOSIBILITA LA MARCHA Y LAS ACTIVIDADES DIARIAS. AL DOLOR EMPEORA AL AGACARSE O LEVANTAR OBJETOS PESADOS DEL SUELO. SE REFIERE DOLOR TPO PUNZANTE QUE MEJORA LEVEMENTE AL USO DE ANALGESICOS INTAVENOSOS. POR LO QUE SE SOLITIA VALORACION POR ESPECIALIDAD. NOMERO DE TELEFONO 09670889936

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LUMBALGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	11:15	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-10-09	11:15	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	