

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	0-902063882								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ESPINOZA	VERA		TERESA		MARTINA	M	12/04/2007	18	H	D	M	A	
												X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0-992171924. y 0-982780215				☒		☐							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO									
1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.									
2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.									
3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria									
4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
5. Problemas de infraestructura.													
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	FISIATRÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA 76 AÑOS EDAD . APP ARTROSIS NO ESPECÍFICA DE MÁS 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN DM2 y HTA MAL CONTROLADA . ACUDE POR DOLOR EN ZONA LUMBAR DE MESES DE EVOLUCIÓN QUE IMPIDE POR CORTOS PERIODOS DE TIEMPO CAMINAR SE PRESENTA DE FORMA ESPORÁDICA SOBRE TODO CUANDO HACE EJERCICIOS . NO SE CEDE A MEDICACION HABITUAL. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA REGION LUMBAR DOLOROSA DE L1 HASTA S5 A LA PALACION PROFUNDA. SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFÍA DE TORAX Y ABDOMEN CON PROYECCIÓN P/A Y LATERAL EN GESTIÓN. Y VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							
1.	TRASTORNOS DEL DISCO LUMBAR CON RADICULOPATIA.	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
16/4/2026	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312022369		DR ROMULO MUÑOZ		

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							
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