

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
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0-992171924. y 0-982780215		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.							
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.							
			4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X					
			5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

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		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		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		