

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MENDOZA	TEOTIMO FIDEL	29	08	1929	95 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300672720	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y SN	098-307-1811 /
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	1300672720	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	11	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

RADICULOPATIA LUMBAR / ARTROSIS.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE PRESENTA DOLOR LUMBAR CON DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN Y DOLOR DE CADERA Y MMII DESDE HACE 8 DÍAS POSTERIOR A CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA, LLAMA LA ATENCIÓN EN RX DE COLUMNALUMBAR DISMINUCIÓN DE ESPACIO INTERVERTEBRAL L5-S1. Y PINZAMIENTO DE ESPACIOS INTERVERTEBRALES T12-L1, L1-L2, L2-L3 Y L4L5. ADEMÁS RX CON ANGULO DE COBB 13 GRADOS., Y ESTEOFITOS, EN MURO ANTERIOR DE CUERPOS VERTEBRALES. 0982516943

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LLAMA LA ATENCIÓN EN RX DE COLUMNALUMBAR DISMINUCIÓN DE ESPACIO INTERVERTEBRAL L5-S1. Y PINZAMIENTO DE ESPACIOS INTERVERTEBRALES T12-L1, L1-L2, L2-L3 Y L4L5. ADEMÁS RX CON ANGULO DE COBB 13 GRADOS., Y ESTEOFITOS, EN MURO ANTERIOR DE CUERPOS VERTEBRALES.

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
2024-11-25	12:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-11-25	12:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

