

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	ZOILA DIVINA	12	11	1947	77 años, 9 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302905664	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-900-4645 / (99)-999-9999
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	1302905664	NAUSE	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		2025	08	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE IRRADIA DESDE REGIÓN LUMBAR HASTA RODILLA, DE CARÁCTER PERSISTENTE, NO CEDE CON USO DE ANALGÉSICOS HABITUALES. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN LUMBAR BAJA, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA DEAMBULACIÓN POR EL DOLOR. REFIRIÓ INCREMENTO PROGRESIVO DE LA INTENSIDAD EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. NIEGA FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO O SÍNTOMAS URINARIOS. SE SOSPECHA PATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOARTICULAR/NEUROLÓGICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COPROLOGICO: Helicobacter Pylori en Heces Negativo Método: Inmunocaptura Sangre Oculta en Heces Negativo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO CON CIATICA	M544	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	09:58	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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 clínico

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
2025-08-25	09:58	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	