

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ROMERO           | CHAVEZ           | MARIA DE LOURDES | 18                  | 10  | 1959 | 66 años, 5 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303561763        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLE 30 DE SEPTIEMBRE y CALLEJÓN SIN NOMBRE | 099-403-0729 / (05)-264-5055 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria                 | Convecional/Celular          |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1303561763      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología | 2026  | 03  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD, ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN Y DESARROLLO PROGRESIVO CARACTERIZADO POR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD A NIVEL CENTROLUMBAR EXACERBADO DURANTE LA SEDESTACIÓN. PACIENTE REFIERE QUE TRAS EPISODIOS DE BIPEDESTACIÓN O SEDESTACIÓN DE FORMA PROLONGADA SE PRODUCE UNA MEJORA INMEDIATA AL DECÚBITO. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: MEDIDAS GENERALES, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA SEGURA, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MINUTOS AL DÍA, LAVADO DE MANOS, SIGNOS DE ALARMA. PRESCRIPCIÓN: DICLOFENACO 50 MG CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS.

#### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

#### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------|--------|-----|-----|
| RADICULOPATIA | M541   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     |  | FIRMA<br>ESTEFANIA ZORAYDA<br>SAAVEDRA MOREIRA<br>Validar únicamente con FirmsEC |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-19 | 12:38 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |                                                                                     |                                                                                  |

### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-19 | 12:38 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |