

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1305189688	1305189688						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
VERA	DELGADO	KETTY	AMPARO	F	07/09/1965	60	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0988208921 / 0963804777							1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 60 AÑOS, CON APP DE HTA Y DM2 DE > DE 10 AÑOS... LLEVA TARTAMIENTO CON LOSARTAN 100mg Y METFORMINA DE 850MG BID...

ACUDE EN REITERADAS OCASIONES REFIRIENDO DOLOR A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD...

AL Ex. FISICO: SE OBSERVA RECTIFICACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR, CIFOSIS EN COLUMNA DORSAL TAMBIEN IMPRESIONA ESCOLIOSIS...

MUCOSAS: HIPO-CROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RSCsRs/S.- SIGNOS VITALES NORMALES. SE INDICA EX. DE LAB. INCLUIDO HBA1c.- Rx. DE COLUMNA...

SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES, TRATAMIENTO PARA LA ESPONDILITIS Y RADICULITIS DE LA COLUMANA Y LA POLIATROSIS... Y REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA Y FISIATRIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

En Rx. de columna se constata escoliosis e impactación de cuerpos vertebrales L2- L3. por disminución del espacio intervertebral y signos de degeneración tipo espondiloartrosis...

Requiere se re-evaluada en II nivel por Equipo Multidisciplinario.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES Y OTROS	M510		X	4. TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	M511		X
2. RADICULOPATIA	M541		X	5. DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	E118	X	
3. OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERT	M513		X	6. HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/04/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		