

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	INTRIAGO	FRANCISCA BENEDA	09	09	1969	55 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305882092	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	093-931-0634 /
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	1305882092	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	11	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MEDIA PRESNETA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN REGION LUMBAR Y SACRA CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO DERECHO, SIN IRRADIACION SE ACOMPAÑA DE CALOR, DOLOR SEDE CON MEDICACION Y POSOCION CON ELEVACION DE MAS O MENOS 20 GRADOS DE COLUMNA(ALMOHADA), PRESENTA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION, MANTENERSE ACOSTADA O SENTADA SE PRESENTA HACE MAS O MENOS 5 MESES DE EVOLUCION POSTERIOR A CAIDA DE SU PROPIO CUERPO (BAÑO) RX DE COLUMNA LUMBRA: LISTESIS ANTERIOR DE L5-S1 ASOCIADO A DISMINUCION DE ESPACIO INTERVERTEBRAL, MPLITUD DEL AGUJERO DE CONJUNCION DISMINUIDA, NO SE OBSERVAN ALTERACION EL LAS ESTRUCTURAS QUE CONFORMAN EL ARCO POSTRIOR. EXAMEN FISICO: DOLOR A LA DIGITOPRESION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN REGION LUMBAR Y SACRA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX AP Y LATERAL DE C OOLUMNA LUMBAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPONDILOLISTESIS	M431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	08:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-11-28	08:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

