

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	VARGAZ	PEDRO PABLO	30	06	1968	58 años, 0 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306516988	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y SD	095-923-0338 /
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	1306516988	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	10
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

MASCULINO DE 58 AÑOS ACUDE POR DIFICUTAD AL CAMINAR Y DOLOR LUMBOSACRO, PACIENTE REFIERE QUE UN FAMILIAR HACE 3 MESES LE COLOCO MAL UNA INYECCION EN ZONA GLUTEA Y DESDE AHÍ QUEDO MAL, CON UN DOLOR FUERTE, CONTACTE EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA QUE REPORTA HEMATOMA A NIVEL LUMBOSACRO QUE OCASIONA PRESION SOBRE EL NEVIO DE L5, SE DA PASO A ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASCULINO DE 58 AÑOS ACUDE POR DIFICUTAD AL CAMINAR Y DOLOR LUMBOSACRO, PACIENTE REFIERE QUE UN FAMILIAR HACE 3 MESES LE COLOCO MAL UNA INYECCION EN ZONA GLUTEA Y DESDE AHÍ QUEDO MAL, CON UN DOLOR FUERTE, CONTACTE EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA QUE REPORTA HEMATOMA A NIVEL LUMBOSACRO QUE OCASIONA PRESION SOBRE EL NEVIO DE L5, SE DA PASO A ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LESION DEL NERVO CIATICO	G570		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	12:29	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-07-10	12:29	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

