

|                                       |  |                  |                            |                                                                                                                                                           |           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |                                                                                                                                                           | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  | 1413             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |                                                                                                                                                           | II        | 1306636513                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                             |           | SEGUNDO NOMBRE                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SEXO              | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
|                                       |  |                  |                            |                                                                                                                                                           |           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | H                       | D | M | A |
| LOOR                                  |  | ALMEIDA          |                            | JOEL                                                                                                                                                      |           | ENRIQUE                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | M                 | 22/10/1975                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 49   |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                            | REFERENCIA                                                                                                                                                |           | x                                | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | <b>MOTIVO</b><br><div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>6. Problemas de abastecimiento.</div> <div>7. Insuficiencia de profesionales.</div> <div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div> <div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div> </div> </div> |      |                         |   |   |   |
| 0-992037039                           |  |                  |                            |                                                                                                                                                           |           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                            | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |           |                                  | <b>MOTIVO</b><br><div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>6. Problemas de abastecimiento.</div> <div>7. Insuficiencia de profesionales.</div> <div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div> <div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div> </div> </div> |                   | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>                                                                                                                                                                             |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                            |                                                                                                                                                           |           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | PARROQUIA               |   |   |   |
| MANABI                                |  | FLAVIO ALFARO    |                            |                                                                                                                                                           |           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | FLAVIO ALFARO           |   |   |   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
|-------------------------|--------------------------|------------------|---------------|
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGÍA |

PACIENTE SEXO MASCULINO DE 49 AÑOS EDAD . APP . NO REFIERE . ACUDE POR DOLOR LUMBAR NO ESPECIFICADA CON MOLESTIAS INTERMITENTE AL CAMINAR . EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES PARÁMETROS NORMALES

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

| E. DIAGNÓSTICO |                           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE   | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------|------------------------------------|-------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | LUMBALGIA NO ESPECIFICADA |                                    | M54.5 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                           |                                    |       |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                           |                                    |       |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 06/09/2026                            | 8am             | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1312022369                            |                 | ROMULO MUÑOZ  |                 |                  |

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |
|------------------------|----|--|----|--|--|------------------------|----|--|----|--|
|------------------------|----|--|----|--|--|------------------------|----|--|----|--|

## CONTRAREFERENCIA

## REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| MSP                     | 1413      | HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS | 2         | 1001243810                       |                   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|------------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | CENTRO DE SALUD FALVO ALFARO | 13D07    |                    |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

HISTORIA CLINICA

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO | CIE | PRE | DEF |  |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----|-----|-----|--|--|--|-----|-----|-----|
|                |  | DEF= DEFINITIVO |     |     |     |  |  |  |     |     |     |
| 1.             |  |                 |     |     | 4.  |  |  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                 |     |     | 5.  |  |  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                 |     |     | 6.  |  |  |  |     |     |     |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 8am             | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1312022369                            |                 | RÓMULO MUÑOZ  |                 |                  |