

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSp	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS. Agua Fria	TIPALOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1307821669	NÚMERO DE HISTORIA 1307821669
PRIMER APELLIDO Valderriso	SEGUNDO APELLIDO Varola	PRIMER NOMBRE Aracely	SEGUNDO NOMBRE Ofelia	FECHA DE NACIMIENTO 11-11-68	EDAD 57
Nº TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0988880813	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Manabí	CANTÓN Junín	PARROQUIA Junín	REFERENCIA	IDENTIFICACIÓN

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPALOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA
-------------------------	--------------------------	-----------	----------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 57 años años de edad con app de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión arterial de 4 años de evolución aproximadamente y medio de evolución actual por presentar dolor de molera de a intenso en el trayecto del nervio ciliaco izquierdo de larga evolución.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX de Región lumbar AP y lateral.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-EXISTENTE	DEFINICIÓN	CM	PR	DEF	CM	PR	DEF
1	Lumbago con ciliaca	M54.4x			4	Escoliosis	M41
2	Hernia discal	M51.1x			5		
3	Lumbago con ciliaca				6		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 17-07-2025	HORA (h:min) 15:00	PRIMER NOMBRE Roz	PRIMER APELLIDO Monclon	SEGUNDO APELLIDO Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1304278326	FIRMA <i>[Firma]</i>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Dra. Luz Mendoza		

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	TIPALOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE HISTORIA
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	--------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--	--	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--

F. DIAGNÓSTICO

PRE-EXISTENTE	DEFINICIÓN	CM	PR	DEF	CM	PR	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

--	--	--	--	--	--