

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RENDON	RENDON	MARIA ADELAIDA	27	06	1973	52 años, 1 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307913549	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	PUPUSA y	099-161-3569 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

0969783571

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307913549	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025 08 01
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Fecha 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	☐	-HERNIAS DICALES CON RADICULOPATIA POR COMPRESIÓN	

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MADURA CON ANTECEDENETS DE GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA MODERADA+HELICOBACTER PYLORI ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO ERRADICADOR Y SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGÍA, ACUDE POR UN CUADRO CRÓNICO DE LUMBALGIA CON SIGNOS DE BANDERA ROJA, TRAE RESULTADOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBO-SACRA CON FECHA 04/11/2024 QUE REPORTA MIELOPATÍA EN L12-L1, HERNIA DISCAL TIPO PROTRUSIÓN POSTERIOR CENTRAL, CON COMPRESIÓN DE RAÍCES NERVIOSAS DE L2-L1, L1-L2, HERNIA DISCAL TIPO PROTRUSIÓN LATERAL DERECHA A NIVEL L5-S1 CON COMPRESIÓN DE RAÍCES NERVIOSAS, HERNIA DISCAL TIPO PROTRUSIÓN POSTERIOR BILATERAL A NIVEL DE L4-L5 CON COMPRESIÓN DE RAÍCES NERVIOSAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	M511		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	15:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	

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
2025-08-01	15:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	

MEDICINA FAMILIAR
N° REG. M.S.P. 1309801965
CHUSCHI, 17-07-2023 11:17:20