

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	AYALA	GILMER ORIO	30	08	1975	50 años, 9 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308334638	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	RIO HUANO y FRANCISCO PIZARRO	099-742-6349 /
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	1308334638	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	06	16
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

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AQP: HERNIA INGUINAL BILATERAL, AA: NO REFIERE ACUDE A CENTRO DE SALUD REFIRIENDO ANTECEDENTE DE CAÍDA HACE 4 AÑOS , POSTERIOR A LA CUAL PRESENTA DOLOR INTENSO EN REGIÓN LUMBAR (ESPALDA BAJA), DE CARÁCTER PERSISTENTE, QUE LIMITA Y DIFICULTA LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS. ADEMÁS, MANIFIESTA SENSACIÓN DE HORMIGUEO EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, EL CUAL HACE LIMITACIÓN FUNCIONAL Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA YA QUE PESE A MEDICACION Y TRATAMEITNO EN PRIMER NIVEL NO SE OBTIENE MEJORIA, ACUDE CON RADIOGRAFIA QUE CONFIRMA DIAGNOSTICO. 0997426349

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	S399		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	09:52	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-16	09:52	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

