

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	INTRIAGO	MARIA ALEXANDRA	17	10	1975	48 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308518685	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	GFHJGJGH y	/
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308518685	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2024	08	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	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 ☒	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, APP; RINITIS ALERGICA. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR EN ZONA DORSOLUMBAR, INDICA QUE TIENE COMO DIAGNOSTICO HERNIAS DISCALES, NO ESPECIFICA A QUE NIVEL. ACTUALMENTE PRESENTA DOLOR EN ZONA LUMBAR DE MODERADA INTENSIDAD QUE HA AUMENTADO, NO HA TOMADO ANALGESIA EN ULTIMOS DIAS. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. CEL: 0985293836 - 0961260564.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LASEGUE BILATERAL POSITIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	M549		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-14	15:49	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

DR. AGUSTIN CARVAJAL Z.
MEDICO CIRUJANO
CA: 1315938504
REG. SENFSC: 1009-2023-279551

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
2024-08-14	15:49	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	