

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	YOLANDA	YOLANDA JACINTA	06	07	1982	43 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309721643	MANABI	CHONE	SANTA RITA	A y	098-163-0094 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309721643	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	02	24
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 FEMENINO DE 43 AÑOS, APP TROMBOSIS VENOSA HACE 15 AÑOS (SECUNDARIO A ANTICONCEPCIÓN HORMONAL). AQX CESÁREA MÁS LIGADURA (1). ALERGIAS: DOXICICLINA. AGO G4 P3 C1 HV4. REFIERE CUADRO CLÍNICO DE AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBO-SACRO QUE SE IRRADIA A REGION GLUTEA DE TIPO PUNZANTE, ADEMÁS AUMENTA TANTO EN REPOSO COMO AL REALIZAR ACTIVIDADES. NIEGA ALTERACION DE ESFINTERES. NO REFIERE TOMAR MEDICACION, REFIERE CAIDA HACE AÑOS ATRAS QUE DESENCADENÓ DOLOR PERO EN LEVE INTENSIDAD, AL MOMENTO ESCALA 9/10. PREVIAMENTE SE SOLICITA ESTUDIO DE IMAGEN PACIENTE REFIERE QUE NO LE ALCANZA PARA REALIZARSE ESTUDIO DE IMAGEN, SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO CON CIATICA	M544	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-24	14:07	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-02-24	14:07	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

