

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1410	HBAGA		B	1309931465		1309931465			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
BUSTE		PINARGOTE		DAGOBERTO		DEL ROSARIO		M	24/9/1979	46	☐ M ☐ D ☐ M ☒ A
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN			
0982740574 0985055809						☒		☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de alojamiento		☐	
CANTÓN						2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales		☒	
PARROQUIA						3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		☒	
MANABI						4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒	
BOLIVAR						5. Problemas de infraestructura					
CALCETA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		HOSPITAL M. NAPOLEON DAVILA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CON TRATAMIENTO ACUDE POR PRESENTAR INTENSO DOLOR A NIVEL DE LA COLUMNA LUMBOSACRA QUE NO CEDE CON MEDICACION LA CUAL LO QUE LE IMPOSIBILITA A REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS AL MOMENTO SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.	
SIGNOS VITALES:	
PA: 120/80	
FC: 89 LXM	
FR: 20RXM	
TEMP: 36,7	
SAT02: 99% AA	

E. DIAGNÓSTICO	
1.	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
2025-12-22	10:00
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
MARCO	CEDEÑO
SEGUNDO APELLIDO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1311550667	

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		TIPOLOGÍA
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1.	
2.	
3.	

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
	SELLO