

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	RODRIGUEZ	RONNIE GABRIEL	18	04	1979	46 años, 11 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309933701	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE COLON y	099-147-5125 /
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	1309933701	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	04	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 46 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HERNIA DISCAL ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 10 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO PORDOLOR A NIVEL LUMBAR DQUE SE IRRADIA HACIA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, DE CARACTER URENTE , 5/10 EN LA ESCALA DE EVA ACTUALMENTE, 10/10 CUANDO SE AGUDIZA, QUE MEJORO CON LAPARCIALMENTE CON LA ADMINISTRACION DE AINES Y QUE SE INTENSIFICA CUANDO DEAMBULA O REALIZA ACTIVIDADES . NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL, RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS LUMBAR, PRESENCIA DE OSTEOFITOS Y CAMBIOS DEGENERATIVOS EN CUERPOS VERTEBRALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	M519		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	15:50	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaE

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
2026-04-16	15:50	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

