

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	SANTOS	LEONOR ELIZABETH	29	03	1984	40 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310674013	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	Q y	098-565-4565 /
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	1310674013	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	03	13
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

☐

LORDOSIS

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 40 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR EN ZONA LUMBAR DE CARACTER PUNZANTE QUE SE INTENSIFICA CON LOS MOVIMIENTOS DEL TRONCO Y SE ACOMPAÑA DE PARESTESIAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES. PACIENTE REFIERE HABER SUFRIDO ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO HACE 27 AÑOS, POSTERIOR A ESTO PIERDE MOVILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES Y RECUPERA DICHA MOVILIDAD 1 AÑO DESPUÉS. REFIERE QUE EN EL ULTIMO MES EL DOLOR EN ZONA LUMBAR SE HA INTENSIFICADO. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LORDOSIS, NO ESPECIFICADA	M405		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	15:49	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-03-13	15:49	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	