

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	ANDRADE	RAUL ALBERTO	30	08	1983	41 años, 3 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311487126	MANABI	CHONE	RICAUORTE	SD y	098-783-7223 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1311487126	RICAUORTE	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	2024	12	16	
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 MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD. APP OBESIDAD TIPO1, EPILEPSIA (ACIDO VALPROICO 500MG TAB VO C8H, CLONAZEPAM 2MG), HERNIA DISCAL. APQ COLESCISTECTOMIA, APENDICECTOMIA. AA CORTICOIDES, ETEROCOXIB, QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE +-1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION LUMBOSACRA DE MODERADA INTENSIDAD DE CARACTER LANZINANTE QUE SE IRRADIA A REGION LATERAL DE PIE IZQUIERDO. PACIENTE REFIERE HABERSE AUTOMEDICADO CON AINES (IBUPROFENO, DICLOFENACO, CELECOXIB), Y TRAMADOL PERO QUE CUADRO CLINICO NO CEDE. PACIENTE TRAE RADIOGRAFIA AP Y LATERAL DE REGION LUMBOSACRA DONDE SE OBSERVA APARENTE PIZAMIENTO LUMBAR L4-L5, Y L5-S1. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, LEVEMENTE ALGICO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON BUENA MECANICA RESPIRATORIA. SE REALIZA REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RADICULOPATIA	M541		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-16	09:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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 clínico

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
2024-12-16	09:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

