

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CEDEÑO	JOSE JOHAN	19	01	1993	32 años, 10 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	1311791196	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	999-999-9999 /
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	1311791196	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	12	05
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

☐

LUMBAGO
CON CIATICA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA REFERENCIA. AL INTERROGATORIO REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LUMBALGIA Y PARESTESIAS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE NO MEJORA CON ANALGESICOS, ACUDIO POR EMERGENCIA AL HOSPITAL EN DONDE LE INDICARON SOLICITAR REFERENCIA A FISIATRIA. AL EXAMEN FISICO MANIOBRA DE LASEGUE POSITIVA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO CON CIATICA	M544		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	10:08	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJIJE	1313436931	

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
2025-12-05	10:08	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJIJE	1313436931	

