

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SANTOS           | VELEZ            | JACINTO LEONIDAS | 04                  | 09  | 1987 | 37 años, 4 meses, 27 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312491614        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV MARCOS ARAY DUEÑAS y      | 099-943-0920 / (05)-269-9932 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.                          | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area                      |       |      |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------|-------|------|-----|-----|
| MSP                 | 1312491614                               | SANTA MARTHA             | 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 |       | 2025 | 01  | 31  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad                       |       | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 37 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL RFIERE QUE SUFRIÓ CAIDA DESDE UN METRO DE ALTURA, FUE VALORADO EN URGENCIAS TRATADO CON AINES, SIN EMBARGO HA CONTINUADO CON DOLOR EN PARTE BAJA DE ESPALDA MAS ACENTUADO DE LADO IZQUIERDO EL CUAL SE EXACERBA AL CAMINAR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| VALORACION POR ESPECIALIDAD, LIMITACION FUNCIONAL |
|---------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                             |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| TRAUMATISMO DE NERVIOS(S) SIMPATICO(S) LUMBAR(ES),SACRO(S) Y PELVICO(S) |  | S345   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-01-31 | 14:07 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

