

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	BRAVO	JOSE JULIAN	03	06	1988	37 años, 3 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312585811	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-412-1778 / (09)-841-2177
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	1312585811	CANUTO	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	09	26
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 DE 37 AÑOS DE EDAD QUE SE PRESENTA A CONSULTA POR UN CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 3 MESES Y MEDIO DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR LUMBALGIAS CON IRRADIACIÓN A LA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON NEUROBION Y PREGABALINA, SIN MEJORÍA SUSTANCIAL EN LOS SÍNTOMAS. ADEMÁS, REFIERE HABER ACUDIDO A URGENCIAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA POR UN EPISODIO DE DOLOR LUMBAR AGUDO, DE INTENSIDAD PARA IMPOSIBILITAR LA MARCHA, DONDE SE LE REALIZÓ UN ESTUDIO IMÁGENOLÓGICO DE RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR QUE MOSTRÓ UNA DESVIACIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y SE LE RECOMENDÓ LA VALORACIÓN POR UN ESPECIALISTA. NO REFIERE ANTECEDENTES DE TRAUMATISMOS, CAÍDAS NI CONTUSIONES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA, EL PACIENTE SE ENCUENTRA AFEBRIL, ALERTA Y SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	M419	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	15:33	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2025-09-26	15:33	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

