

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PINARGOTE	JAIRO JOSE	03	11	1987	37 años, 2 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312659749	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LAS DELICIAS y LAS DELICIAS	098-132-1396 /
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	1312659749	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	01	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

MASCULINO DE 36 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HTA EN TT CON LOSARTAN 100 MG VO, REFIERE ANTECEDENTES DE HERNIA DISCAL EN 4 PARTES DE LA COLUMNA VERTEBRAL MEDICACION DE BASE. CUADRO CLINICO DE 6 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN REGION DE COLUMNA DORSAL LUMBAR Y SACRA DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE DISMINUCION DE SENSIBILIDAD EN AMBAS PIERNAS CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO DERECHO QUE SE ACOMPAÑA DE PARESTESIA Y ALTERACION EN LA MARCHA QUE LIMITA LA DEAMBULACION SE EVIDENCIA PERDIDA DE MASA MUSCULAR. PACIENTE REFIERE QUE EN OCASIONES DEBE PERMANECER ENCAMADO POR DOLOR EN PIERNA DERECHA QUE IMPOSIBILITA MANTENERSE EN UNA SOLA POSICION. PACIENTE DISPONE DE METODO DE DX DE RESONANCIA MAGNETICA DESDE HACE MAS O MENOS 4 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	M511	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-16	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-01-16	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

