

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (ÚNICA)	NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP	1410	HBAGA	B	1312706425	1312706425			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
GONZALEZ	VIERA	ORLANDO	ANDRE	F	4/6/1990	35	H D M A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO				
/0999725551		☒	☐	6. Problemas de abastecimiento				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				7. Insuficiencia de profesionales				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			8. Inadecuada capacidad resolutiva			
MANABI	BOLIVAR	CALCETA			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				☒				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD CON APP SE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR HACE MAS MENOS 2 MESES DE EVOLUCION DOLOR A NIVEL DE LA COLUMNA LUMBOSACA QUE NO MEJORA CON EL TRATAMIENTO MANTIENE UN ESACALA DEL DOLOR DE 7/10 LO QUE LE IMPOSIBILITA AL REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS NO PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIO NECESIDADES FISIOLÓGICAS NORMALES POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PREC. PRESENTADO	DEF. DEFINITIVO	CB	PRE	DEF
1. LUMBAGO CON CIÁTICA		M544	☒	4.
2.				5.
3.				6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025-09-17	10H00	MARCO	AZUA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLLO	CEDENO
1311550667			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PREC. PRESENTADO	DEF. DEFINITIVO	CB	PRE	DEF
1.				4.
2.				5.
3.				6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLLO		