

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		1277	CENTRO DE SALUD DR. ARNALDO CALDERON COELLO	C	1313608893		1313608893						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MONTESDEOCA		PAZMIÑO		DAVID		VICENTE	M	26/12/1990	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
099 648 6231		MSP											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI		BOLIVAR		CALCETA									
1. Accesibilidad geográfica.													
2. Falta de espacio físico.													
3. Falta de equipamiento.													
4. Equipos en mal estado.													
5. Problemas de infraestructura.													
6. Problemas de abastecimiento.													
7. Insuficiencia de profesionales.													
8. Inadecuada capacidad resolutive													
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	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, DE INICIO POSTERIOR A ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA. REFIERE QUE EL DOLOR ES DE TIPO PUNZANTE Y OPRESIVO, LOCALIZADO EN ZONA LUMBAR DERECHA, CON SENSACIÓN DE "CONTRACTURA" Y RIGIDEZ, QUE LIMITA LA MOVILIDAD. MANIFIESTA QUE EN DOS EPISODIOS PREVIOS, ASOCIADOS TAMBIÉN A ESFUERZO FÍSICO, PRESENTÓ DESVIACIÓN POSTURAL TRANSITORIA DE LA COLUMNA HACIA UN LADO, QUE DESCRIBE COMO "TORCIDA", LA CUAL MEJORÓ PROGRESIVAMENTE CON REPOSO Y ANALGÉSICOS. EN EL EPISODIO ACTUAL, EL DOLOR AUMENTA CON LA FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y ROTACIÓN DEL TRONCO, ASÍ COMO AL PERMANECER MUCHO TIEMPO DE PIE O SENTADO. MEJORA PARCIALMENTE CON REPOSO Y APLICACIÓN LOCAL DE CALOR. NIEGA TRAUMA DIRECTO, CAÍDAS O GOLPES RECIENTES. NIEGA IRRADIACIÓN A MIEMBROS INFERIORES, PARESTESÍAS, DEBILIDAD, ALTERACIONES EN LA MARCHA, INCONTINENCIA URINARIA O FECAL. REFIERE SENSACIÓN DE ESPASMO MUSCULAR EN REGIÓN PARAVERTEBRAL DERECHA, ESPECIALMENTE EN ÁREA POSTERIOR LUMBAR, QUE ASOCIA A SOBRECARGA MUSCULAR DURANTE EJERCICIO. NO PRESENTA FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, DOLOR NOCTURNO DESPERTANTE NI ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA. ACUDE A CONSULTA POR PERSISTENCIA DEL DOLOR, LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y TEMOR A NUEVA DESVIACIÓN POSTURAL COMO EN EPISODIOS ANTERIORES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA SE EVIDENCIA ACTITUD ANTÁLGICA CON DISCRETA INCLINACIÓN DEL TRONCO HACIA EL LADO IZQUIERDO, ASOCIADA A CONTRACTURA MARCADA DE LA MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR DERECHA. A LA PALPACIÓN SE CONSTATA HIPERTONÍA Y DOLOR LOCALIZADO EN MASA MUSCULAR PARAVERTEBRAL DERECHA, COMPATIBLE CON ESPASMO MUSCULAR. MOVILIDAD LUMBAR DISMINUIDA EN FLEXIÓN Y ROTACIÓN DERECHA POR DOLOR. PRUEBA DE ELEVACIÓN DE PIERNA RECTA (LASÈGUE) NEGATIVA BILATERAL. FUERZA MUSCULAR CONSERVADA EN MIEMBROS INFERIORES (5/5), SENSIBILIDAD INTACTA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIMÉTRICOS. NO HAY DATOS DE RADICULOPATÍA NI DÉFICIT NEUROLÓGICO.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	LUMBAGO CON CIATICA	M544		X	4.					
2.					5.					
3.					6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/02/11	10:00	JOSE		ROSADO		SORNOZA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1314159284							

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	TIPOLOGIA	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

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	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				SELLO	