

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
MSP	1268	CS Agua Jui	A	1313786038	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Rodriguez	Palma	Uriana	Rodriguez		15-09-98
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO
0959767635-0969467012					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			
Manabí	Junon	Junon			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE / DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital Napoleon Danta	consulta - Ext	Excoctología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femena de 32 años de edad. acude a la consulta por presentar dolor lumbar crónico de aproximadamente 1 año de evolución dolor intenso sobre todo en deambulación y al deambulación.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Peso 80,5 kg. PA 133/82 mmHg. Temp. 36.8 °C. FR 18 x'. FC 68. Saturación 98%.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			M54.5X			4.			
2.			M54.4X			5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20-01-25	9:00	Juan	Mendoza	Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				
1304278326				

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--