

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERA	EFREN ANTONIO	13	06	1991	33 años, 5 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313796938	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	JORGE GALLARDO y	093-966-8997 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313796938	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2024	11	14
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 ☐

PACIENTE CON LUMBALGIA DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN QUE IMPOSIBILITA LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. SE SOLICITA TERAPIA FÍSICA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, APF MAMÁ CON OSTEOPOROSIS , ANTECEDENTE LABORAL: OBRERO. ACUDE CON CLÍNICA DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN, APROX MÁS DE 1 AÑO, CARACTERIZADA POR DOLOR LUMBAR QUE SE ACOMPAÑA DE PARESTESIAS EN PIERNA DERECHA QUE SE DES ENCADENA TRAS MOVIMIENTOS REPETIDOS DE FLEXIÓN DE LA COLUMNA EN INTENTOS DE LEVANTAR OBJETOS PESADOS DEL SUELO. ACUDE A CONSULTA CON RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL DE COLUMNA LUMBAR EN LA CUAL NO SE EVIDENCIAN DESVIACIONES NI PERDIDA EN LA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD DE LOS CUERPOS VERTEBRALES NI REDUCCIÓN DE LOS ESPACIOS INTRAARTICULARES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-14	12:48	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-11-14	12:48	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	