

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| HIDALGO          | ALCIVAR          | JORGE ARIEL | 28                  | 08  | 1995 | 29 años, 11 meses, 17 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314991298        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | VIA CHONE y                  | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1314991298                               | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4                     |       |      |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                                    |       |      |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                                    | Fecha |      |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |       | 2025 | 08  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad                       |       | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS APARENTES NOS REFIERE QUE HACE MAS O MENOS 10 AÑOS PRESENTO UN ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO EN EL CUAL SE GOLPEO REFIERE QUE EMPEZÓ A PRESENTAR MOLESTIAS DE DOLORES PARA LO CUAL SE INYECTABA CON NEUROBION Y CEDÍA EL DOLOR MANIFIESTA QUE SE HA INTENSIFICADO HASTA QUE YA NO LE HACE EFECTO NINGUNA MEDICACIÓN CUANDO SE AGACHA LE CUENTA VOLVERSE A INCORPORAR Y EL DOLOR ES BASTANTE FUERTE POR LO QUE NECESITA VALORACIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|         |
|---------|
| NINGUNA |
|---------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE | M533   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD              | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-14 | 15:50 | Medicina General Integral | GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES | CU-13-5730 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-14 | 15:50 | Medicina General Integral | GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES | CU-13-5730 |       |