

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MOREIRA	ANDREA LUCIA	18	11	2009	14 años, 9 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316198652	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	098-013-5949 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1316198652	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Traumatología	2024	09	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE FEMENINA DE 14 AÑOS QUE ES ATENDIDA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR DOLOR LUMBAR TIPO CONTRÁCTIL DE MODERADA INTENSIDAD QUE IMPIDE REALIZAR DEPORTES MADRE REFIERE QUE DEJO DE JUGAR BASQUE POR EL DOLOR Y QUE CUANDO BARRE Y PASA MUCHO TIEMPO SENTADA TAMBIÉN LO PRESENTA, MADRE REFIERE DESDE EL 2022 EL DOLOR (2 AÑOS)
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-16	14:38	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 Firmado electrónicamente por: MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO

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