

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1316752441		1316752441							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
FARFAN		VERA		KEYLANI		YAEL		F	26/11/2007	17	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
998390375				X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
Manabí				5. Problemas de infraestructura.				X							
Flavio Alfaro				Flavio Alfaro											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP.				Consulta externa		Traumatología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 17 años de edad. App. escoliosis de etiología no específica. Acude por Dolor agudo Dorso lumbar que impide la deambulacón y bipedestación Dolor que no ceden a medicación antiinflamatoria,y analgésica motivo por el cual consulta. Al exámen Físico Afebril cuello SP no Adenopatías. Tórax Sp simétrico Csp Ventilados y Claros RsCs Rítmicos y normales Abdomen Blando y depresible no megalías o masas, no doloroso Ruidos Hidroareos Audibles . extremidades simétricas Sp sin deformidad o masas palpables. .signos vitales Presión 126/80 pulso 85 T36.8@ Sat97% resp 17x GLASGOW 15/15. Se requiere Valoración por Traumatología.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Radiografía de columna Dorlumbar
tac de columnas Dorsal y Lumbar
estudios complementarios adicionales

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	LUMBAGO CON CIÁTICA	M54.4	X		4.	LUMBAGO CON CIÁTICA	M54.4	X	
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
24/2/2025	12:00	Rómulo		Muñoz		Moreira	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA					
1312022369		Dr Rómulo Muñoz Medicina General					

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	