

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS Agua Fria	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1317455036	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Jooz	SEGUNDO APELLIDO Jooz	PRIMER NOMBRE Bryan	SEGUNDO NOMBRE Agustín	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 27-08-92
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0986415585 - 0991680714		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☒	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☐ A ☒	
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Junín	PARROQUIA Junín	MOTIVO ☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hosp. Napoleón Dávila	SERVICIO consulta. ext.	ESPECIALIDAD Traumatología
--------------------------------	---	----------------------------	-------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente adulto joven de 27 años de edad con antecedente de trauma moderado en
 fuego de rotación en la cual paciente sufre un trauma con lesión en región lumbar
 parte refiere, dolor, parestesias, sensación de hormigueo en región lumbar, espasmo y difi-
 cultad para la deambulación de 2 meses de evolución.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Altura 174 cm. Peso 86.4. PA 127/89. Temp. 36.5. TR 15. FC 66. Sat 98%.
 RCX: 8. Estenocoxil. 120 ms complejo Q amp 10.000 V - Ketorolaco amp. 60 mg
 STX.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1. Lumbago con ciática			U549	x		4.			
2. Lumbago			U549	x		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 14-08-25	HORA (hh:mm) 9:00	PRIMER APELLIDO Jooz	SEGUNDO APELLIDO Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1304278326.		FIRMA Luz Mendoza	 Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENSOT. 1020-2022-2477625

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	TIPOLOGÍA	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	CE	PRE	DEF		CE	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 APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO