

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	IBARRA	JHON MARCELO	31	07	2004	21 años, 4 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350602049	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY y	098-621-0988 /
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	1350602049	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	12	12
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE M DE 21 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR LUMBALGIA MECANICA DE VARIOS MESES DE EVOLUCION QUE AUMENTA CON ESFUERZO Y BIPEDESTACION PROLONGADA Y LEVANTAMIENTO DE PESO - MEJORIA PARCIAL EN REPOSO - NO HAY SINTOMAS NEUROLÓGICOS FRANCOS / EL SE DEDICA A LA AGRICULTURA Y A TRABAJOS PESADOS / COMO ANTECEDENTE REFIERE CAIDA EN LA INFANCIA / EXAMEN FÍSICO - DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN LUMBAR BAJA - POSIBLE CONTRACTURA PARAVERTEBRAL -MOVILIDAD LUMBAR LIMITADA POR DOLOR, ESPECIALMENTE EN FLEXIÓN /

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX columna lumbar AP y lateral - Alineación conservada en plano coronal. - Discreta rectificación de la lordosis lumbar. - Cuerpos vertebrales de altura conservada. - Disminución leve del espacio intervertebral L5-S1. - Cambios degenerativos leves (osteofitos marginales y signos compatibles con sobrecarga mecánica). - No se observa listesis evidente. EMO: PIOCITOS 20 - 30
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	M519	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-12	09:49	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-12	09:49	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

