

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEVALLOS         | HIDALGO          | NOEMY MICHELLE | 28                  | 06  | 2006 | 19 años, 0 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351551674        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | SAN PABLO CULEBRA y          | 099-052-9835 /      |
| 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                 | 1351551674      | SANTA RITA               | 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  | 07  | 14  |
| 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 FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. APF: NO REFIERE. PACIENTE ESTABLE ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE LUMBALGIA DESDE 9 MESES, LA INTENSIDAD MODERADA, AUMENTA DURANTE ACTIVIDADES FISICAS Y EL TRABAJO, DOLOR SE MANTIENE DURANTE EL REPOSO. DISMINUYE DOLOR CON PASTILLA QUE NO RECUERDA.AL INTERROGATORIO REFIERE QUE TUVO UN ACCIDENTE HACE UN AÑO, CAIDA DE MOTO ELECTRICA HACE 1 AÑO.NO CUENTA CON MEDIOS ECONOMICOS PARA REALIZARCE UNA RADIOGRAFIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------|--------|-----|-----|
| LUMBAGO NO ESPECIFICADO | M545   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-14 | 13:43 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-14 | 13:43 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |