

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1500615164	1500615164		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
BRavo	MENDOZA	CARMEN	LEONOR	F	01/09/1970	56	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO			
985369197		X		6 Problemas de abastecimiento			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				7 Insuficiencia de profesionales			
PROVINCIA	CANTÓN			8 Inadecuada capacidad resolutiva			
MANABI	FALVIO ALFARO			9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PARROQUIA							
FLAVIO ALFARO							
				1 Accesibilidad geográfica			
				2 Falta de espacio físico			
				3 Falta de equipamiento			
				4 Equipos en mal estado			
				5 Problemas de infraestructura			

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 56 AÑOS DE EDAD SIN APP
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN COLUMNA LUMBO DORSAL
QUE SE EXACERBA A LA DEAMBULACION SE IRRADIA A MIEMBRO INFERIOR
ACTUALMENTE NO SEDE A LA MEDICACION CONVENCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS RADIGRAFICOS DE OSTEOPOROSIS, ANTEROLISTIASIS GRADO 4 CON DESPLAZAMIENTO EN BLOQUE DE TODOS LOS CUERPOS VERTEBRALES LUMBARES SOBRE S

E. DIAGNÓSTICO

1. LUMBAGO CON CIATICA
2. DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
3. OSTEOPOROSIS, NO ESPECIFICADA

PRE = PRESUNTIVO
DEF = DEFINITIVO

CIE	PRE	DEF	
M544		X	4.
M211		X	5.
M81.9	X		6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/05/2026	11:00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312195694				

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

CIE	PRE	DEF	
			4.
			5.
			6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
-------	------	---------------	-----------------	------------------