

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP			HAGA		B	1710314780		1710314780	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
VIDAL		ZAMORA		JOSE AUXILIO		AUXILIO	M	16/01/1971	54
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
967818538					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura				
MANABI	CALCETA	CALCETA			☐ 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	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ANTECEDENTE DE LUMBALGIA CRÓNICA RADICULOPATIA LADO IZQUIERDO, CON INTENSIDAD 8/10 ESCALA EVA, FRECUENTEMENTE, QUE LIMITA A REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

PARA EL DOLOR VERSATIL AL 5 % PARCHES /PARACETAMOL 1 GR CADA 8 HORAS Y TRAMADOL 50 MG BID OCASIONAL(EN PERIODO DE LACTANCIA)

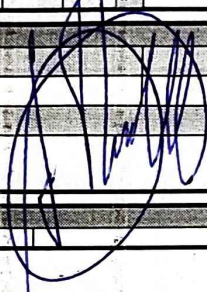
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMEN FÍSICO (RADICULOPATIA) / HISTORIA CLÍNICA

E. DIAGNÓSTICO

FECHA PRESENTATIVO	DEPARTAMENTO	DE	PRE	DEF	DE	PRE	DEF
10 DE MARZO 2025		M84.4	X				
lumbalgia con ciática							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10 DE MARZO 2025		JOSE	PINOARGOTE	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1308408135				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA	
------------------	--

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

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--

J. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

K. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

L. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

M. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS
--

N. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		

O. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--

P. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA
