

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno y materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PILAPAA ANDRANGO		ANGEL WLADIMIR		02	04	1971	55	M
				dia	mes	año		
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N. Telefónico	
Ecuador	Ecuador	1711605616	PICHINCHA QUITO		170170 NAYON		0982079680	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area
DIRECCION NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL	1711605616-3	CENTRO DE SALUD CHONE	PRIMER NIVEL	CHONE
Referido o Deriva a:				
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL GENERAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Ambulatorio	FISIATRIA
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud Actual	Servicio	Especialidad	Fecha
				2026-06-23

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria	1	☒ Saturación de capacidad instalada	4
Ausencia temporal del profesional	2	☐ Otros / Especifique:	5
Falta de profesionales	3		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 55 AOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE LUMBALGIA CRÓNICA POR LO QUE RECIBI VALORACIN EN EL HOSPITAL DE QUITO DE LA POLICIA CON TRATAMIENTO TERAPIA FISICA AL MOMENTO REFIERE ESCALA DEL DOLOR 5 MISMO QUE ES MANTENIDO POR LO QUE AL MOMENTO SE INDICA VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE FISIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE FISIATRIA

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	Lumbago con cifosis	M54.4		
2				

Nombre del profesional: CARMEN ALEXANDRA BRAVO MENDOZA Código MSP: 1310684772

Firma: *[Firma]*
Dra. Alexandra Bravo M.
MEDICINA GENERAL
L: 01 Folio: 173 N° 079
Reg. Senescyt: CU-13-4143
MSP: 13-00-1310684772-2016

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Fecha					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional:

7. Referencia Justificada ☒

Código MSP:

Firma:

