

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	DOMINGUEZ	ROBERTO CARLOS	24	03	1992	32 años, 5 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1723650626	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AJAVI y YANTZAZA	099-519-0789 / (02)-296-3674
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1723650626	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2024	09	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD CON APP: ESCOLIOSIS DIAGNOSTICADA DE MANERA PARTICULAR HACE DOS AÑOS APROXIMADAMENTE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA CARACTERIZADA POR DOLOR EN REGIÓN SUPRAESCAPULAR, QUE SE IRRADIA HACIA BRAZO Y ANTEBRAZO DE Y REGIÓN LUMBAR DEL LADO DERECHO, PACIENTE INDICA QUE EN OCASIONES SE LE IMPOSIBILITA LA MARCHA, Y NO CEDE AL USO DE IBUPROFENO YA QUE HA SIDO TRATADO EN REITERADAS OCASIONES. AL MOMENTO PACIENTE LÚCIDO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. EN DECUBITO, ACTIVO. FASCIE NO CARACTERISTICA. CONSTITUCION MESOMORFA. PIEL DE ELASTICIDAD Y TURGENCIA CONSERVADAS, MUCOSAS HIDRATADAS. NO SE PALPAN ADENOPATIAS, PULSO, TEMPERATURA Y PRESION NORMAL, EUPNEICO. PLAN: SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA PARA LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SIGNO DE LASEGUE POSITIVO EN PIERNA DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	M419	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-10	15:32	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-09-10	15:32	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

