



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)				HOSPITAL BASICO CHONE				1304148057	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	
ANDRADE		VERA		ZOLA		GALBARINA MARIA		F	
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		983134972		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTON	
						PARROQUIA		CHONE	
						SANTA RITA			
						Falta de equipamiento.			
						Falta de espacio físico.			
						Accesibilidad geográfica.			
						Problemas de infraestructura.			
						Equipos en mal estado.			
						Problemas de infraestructura.			
						Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	
						Insuficiencia de profesionales.			
						Inadecuada capacidad resolutoria			
						Problemas de abastecimiento.			
						MOTIVO			
						DERIVACION		X	
						FECHA NACIMIENTO		28-08-1959	
						EDAD		66	
						CÓDIGO DE EDAD (MAYOR)		A	
						NÚMERO DE ARCHIVO		950117	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA									
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Consulta Externa		Especialidad	
HSP		H. MAPLEON						REUMATOLOGIA (CE)	
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO									
PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD CON APP DE 1 LPIUSQUE EL DIA DE HOY SE VALORA REFI									
ERE DOLOR POLIARTICULAR DE LARGA ADEMAS DE RIGIDEZ MATINAL MAS INFLAMACION CRO									
NICA QUE LLEVA TIO MEDICO CON REUMATOLOGIA EL DIA DE HOY REFIERE QUE									
NO MEJORA SU CUADRO A PESAR DE TIO MEDICO CON AINES MAS CORTICOIDES									
POR LO QUE SE DECIDE TIO MEDICO									
D. Hallazgos Relevantes de Exámenes y Procedimientos Diagnósticos									
E. DIAGNOSTICO									
LUPUS ERMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION									
PRE- PRESENTIVO DEF- DEFINITIVO CIE M39 PRE X DEF									
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026-07-07 14:07				GRACIA CEBENO LUIS HERNAN					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO					
0803156108									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACION JUSTIFICADA		SI	
CONTRAREFERENCIA		SI		NO		REFERENCIA INVERSA		SI	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA	
NÚMERO DE ARCHIVO									
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCION DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO									
D. Hallazgos Relevantes de Exámenes y Procedimientos Diagnósticos									
E. DIAGNOSTICO									
PRE- PRESENTIVO DEF- DEFINITIVO CIE M39 PRE X DEF									
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO					
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACION JUSTIFICADA		SI	
CONTRAREFERENCIA		SI		NO		REFERENCIA INVERSA		SI	

F. DIAGNOSTICO									
PRE- PRESENTIVO DEF- DEFINITIVO CIE M39 PRE X DEF									
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE									
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO					
Sub-Servicio									
Otros									
Nivel									
Otros									
Código									
Procedimiento									

