

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1311444887		1311444887		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	
MUÑOZ		CARRERA		GEMA		MARIA	F	11/24/1989	36	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
988159454					MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1 Accesibilidad geográfica					
PROVINCIA					2 Falta de espacio físico					
CANTÓN					3 Falta de equipamiento					
PARROQUIA					4 Equipos en mal estado					X
MANABI					5 Problemas de infraestructura					X
					6 Problemas de abastecimiento					
					7 Insuficiencia de profesionales					
					8 Inadecuada capacidad resolutive					
					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		HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
USUARIA DE 36 AÑOS DE EDAD SIN APP:	
PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLORES ARTICULARES GENERALIZADO FOCALIZADO MAS EN LA ESPALDA CUELLO Y EXTREMIDADES ADEMÁS REFIERE EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES QUE IMPIDEN LA DEAMBULACION NORMAL ADEMÁS REFIERE FALTA DE SUEÑO, CANSANCIO, NAUSEAS, TRATADA CON MEDICAMENTOS CONVENCIONALES	
LA CUAL NO VE MEJORIA CLINICA.	
ACTUALMENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	FIBROMIALGIA			M79.7	X		4.		
2.							5.		
3.							6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/07/2025	10:00	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	TIPOLOGIA	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	CIE	PRE	DEF
1.							4.		
2.							5.		
3.							6.		

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO		

