



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		001414	Quiroga		CS	1309354569									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cano		Espinoza		Sara		Lisenia		M	23-03-1976	48	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO									
0993404375				X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.									
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA <td colspan="2">3. Falta de equipamiento.</td> <td colspan="8">8. Inadecuada capacidad resolutive</td>		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13		1302		130252		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
						5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Traumatologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL- CURSA CON CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN AMBOS TALONES- EVA: 7/10- QUE AUMENTA CON MARCHA Y BIPEDESTACION- SE RELIZO INFILTRACIONES POR DOS OCASIONES CON MEJORIA MOMENTANEA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
RX: PRESENCIA DE ESPOLON CALCaneo BILATERAL	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Espon Calcaneo		M773		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2024-09-18	02:56	Brissa		Flores		Chancay	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO		
1312068727							

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	