

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)							
							H	D	M	A				
Cano	Espinoza	Sara	Lisenia	M	23-03-1976	48				X				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO							
0993404375														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
13	1302	130252	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X								

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	Traumatología

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 CALCANEEO BILATERAL

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Espolon 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 / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÒ JUSTIFICADA	SI	NO	
------------------------	----	----	--	-----------------------	----	----	--

CONTRAREFERENCIA

9

REFERENCIA INVERSA

7

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	