



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           | Ines Moreno                      | CS             | 1303538241                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Sabando                               | Narvaez          | Digna                            | Emerita        | M                                                       | 13-08-1962        | 62   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                       |                | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| 0981334017                            |                  | X                                |                | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                |                  | 3. Falta de equipamiento.        |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             |                  | 4. Equipos en mal estado.        |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                    |                  | 1302                             |                | 130250                                                  |                   | X    |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 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

ADULTA MEDIA CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA- GONARTROSISBILATERAL DESDE HACE MAS O MENOS TRES AÑOS DE EVOLUCION SE HA REHALIZADO INFILTRACIONES EN VARIOS OCASIONES ENARTICULACION DE RODILLA IZQUIERDA- CUADRO CLINICO DE LARGA DATA POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE QUE SE LOCALIZA EN ARTICULACION DE RODILLA IZQUIERDA CON IRRADIACION HACIA CADERA DEL MIS MO LADO- IMPIDE ESTAR EN BIPEDESTACION Y REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. PACIENTE AL MOMENTO CON ELEVACION DE TENSION ARTERIAL. RX DE RODILLA IZQUIERDA: DIS MINUCION DE ESPACIO ARTICULAR INTERNO- ESPICULA OSEA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA DE RODILLA

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |      |     |     |     |     |     |
|------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
| 1. Gonartrosis Primaria Bilateral  | M170 |     | X   | 4.  |     |     |
| 2.                                 |      |     |     | 5.  |     |     |
| 3.                                 |      |     |     | 6.  |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-10-08                            | 12:18        | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |