



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           | Ricaurte                                                                                                         | CS                                                                                                                                  | 1306244169                       |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                                                                                    | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Silva                                 | Bermeo           | Carmen                                                                                                           | Ramona                                                                                                                              | M                                | 17-08-1956        | 68   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN <input type="checkbox"/>                               |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| 0991714021/0985861596                 |                  | MOTIVO                                                                                                           |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica. <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento. <input type="checkbox"/>   |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 2. Falta de espacio físico. <input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales. <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                                                                                                        | 3. Falta de equipamiento. <input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutive <input checked="" type="checkbox"/>           |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1303             | 130356                                                                                                           | 4. Equipos en mal estado. <input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios <input type="checkbox"/> |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  | 5. Problemas de infraestructura. <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |

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 | Geriatría    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD- CON MULTIPLES COMORBILIDADES PATOLÓGICAS INCLUYENDO DISCAPACIDAD FISICA(NO DEAMBULA) FAMILIAR (HIJA) ACUDE AL CENTRO DE SALUD SOLICITANDO INICIAR EL PROCESO DE RECALIFICACION DEDISCAPACIDAD POR MULTIPLES PATOLOGIAS. ANTECEDENTES DE DIABETES DESDE HACE 15 AÑOS TRATADA CON INS ULINA 24 UICADA DIA E HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 15 AÑOS TRATADA CON LOSARTAN DE 50 MG. PACINETE NO TIENE CONTROLESADECUADOS DE S U PATOLOGIA. PRESENA CUADROS DE HIPOGLICEMIA Y REFIERE RETENCION DE LIQUIDOS SIN EMBARGO NOPRESENTA PARACLINICOS YA QUE REALIZA ATENCIONES EN EL IEES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

XX

E. DIAGNÓSTICO

|                                         |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO      | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. Síndrome De Inmovilidad (Paralejico) | M623 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                      |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                      |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-05                            | 09:12        | Estefanía     | Saavedra        | Moreira          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1311538662                            |              |               |                 |                  |

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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |