



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	Hospital Basico De El Carmen	HB	0927169946							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Valle	Ruiz	Tania	Alejandra	M	14-11-1989	35	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0993643306 / 0979847571		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	1304	130450	5. Problemas de infraestructura.	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	Dermatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
INSULINODEPENDIENTE PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DIABETICA INSULINODEPENDIENTE DM TIPO 1 DX A LAS 18 AÑOS QUE APLICA INSULINA NPH 32 UI AM Y 14 UI PM- INSULINA RAPIDA 4 UI PM- CUADRO DE 2 MESES DE EVOLUCION CON INFLAMACION DE DEDO INDICE DE MANO DERECHA- PACIENTE REFIERE SIN CAUSA APARENTE NIEGA TRAUMA NIEGA HERIDAS (1 SEMANA ANTES PICADURA DE ABEJA)- FUE MANIPULA POR SOBADOR HACE 1 MES- HACE 15 DIAS REALIZARON DRENAJE EN HOSPITAL SE DRENO ABUNDANTE MATERIAL PURULENTO EN TTO CON CEFUROXIMA Y METRONIDAZOL- SE ENVIA REFERENCIA AL CIRUJANO Y TO. RX SIGNOS DE OSTEOMIELITIS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
INSULINODEPENDIENTE PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DIABETICA INSULINODEPENDIENTE DM TIPO 1 DX A LAS 18 AÑOS QUE APLICA INSULINA NPH 32 UI AM Y 14 UI PM- INSULINA RAPIDA 4 UI PM- CUADRO DE 2 MESES DE EVOLUCION CON INFLAMACION DE DEDO INDICE DE MANO DERECHA- PACIENTE REFIERE SIN CAUSA APARENTE NIEGA TRAUMA NIEGA HERIDAS (1 SEMANA ANTES PICADURA DE ABEJA)- FUE MANIPULA POR SOBADOR HACE 1 MES- HACE 15 DIAS REALIZARON DRENAJE EN HOSPITAL SE DRENO ABUNDANTE MATERIAL PURULENTO EN TTO CON CEFUROXIMA Y METRONIDAZOL- SE ENVIA REFERENCIA AL CIRUJANO Y TO. RX SIGNOS DE OSTEOMIELITIS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Otras Osteomielitis		M868	X		4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-16	11:39	Noemi	Marquez	Demera
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1716838295				

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	