



| 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           | Santa Rita                   | CS                               | 1309723482                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Rosado                                                      | Manzaba          | Reinaldo                     | Antonio                          | H                                                       | 27-08-1976        | 48   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 098-205-5228                                                |                  | 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                                                          | 1303             | 130350                       | 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 | Fisiatria    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MAS CULINO DE 48 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERS ONALES : NO REFIERE- ANTECEDENTESPATOLOGICOS FAMILIARES : HIPERTENS ION ARTERIAL- ANTECEDENTES QUIRURGICOS : NO REFIERE- ALERGIA NO REFIERE- ACUDE ACONS ULTA POR REVIS ION DE AMPA- OBTENIENDO UN PROMEDIO DURANTE 7 DIAS DE 138/88 AM Y 135/89 PM. AL INTERROGATORIOPACIENTE REFIERE DOLOR EN EL PECHO DE PREDOMINIO MATUTINO. S E EVIDENCIA REGIS TRO DE TENS ION ARTERIAL ELEVADADURANTE LAS MAÑANAS . S E INICIA TRATAMIENTO CON LOS ARTAN DE 100 MG UNA DIARIA Y S E ENVIA A TOMAR PRES ION DURANTE DOSS EMANAS PARA EVIDENCIAD ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE ARTRALGIAS MULTIPLES DE PREDOMINIO MATUTINO- RIGIDEZ EN ARTICULACIONES DE LA MANO. S E REALIZA REFERENCIA A REUMATOLOGIA PARA DES CARTARARTROS IS |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HEMATOLOGIA: LEUCOCITOS # 5.95 NEUTROFILOS # 2.81 LINFOCITOS # 2.02 MONOCITOS # 0.39 EOS INOFILOS # 0.70 BAS OFILOS #0.03 HEMOGLOBINA 14.2 HEMATOCRITO 43.7 PLAQUETAS 217 QUIMICA: AS TO CUANTITATIVO 390.02 FR CUANTITATIVO 0.56HEMOGLOBINA GLICOS ILADA 4.8% GLUCOS A 86.28 CREATININA 1.12 ACIDO URICO 5.74 COLES TEROL TOTAL 177.00 TRIGLICERIDOS191.79 AS T 23.12 ALT 40.50 AMILAS A 80.81 BILIRRUBINA TOTAL 0.62 BILIRRUBINA DIRECTA 0.27 |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Otras Poliartrosis                 | M158 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-06-16                            | 01:42           | Leonardo      | Mendoza         | Velasquez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1709823288                            |                 |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |