



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	1310623200							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Garcia	Loza	Clara	Isabel	M	12-08-1983	41	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0981435228		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
		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	Reumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD APP: ARTROSIS- NEFROPTOSIS AQX: CESÁREA (2) Más SALPINGECTOMÍA APF: ABUELO YTIAS CA GASTRICO ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE RX POR DOLOR CERVICAL DELARGA EVOLUCION EVA 8/10 QUE MEJORA CON MEDICACION Y VUELVE A APARECER CUANDO PASA EL EFECTO DE LA MIS MA- ADEMASREFIERE DOLOR ARTICULAR DE PREDOMINIO NOCTURNO- PACIENTE MANIFIESTA QUE HACE 2 AÑOS NO ACUDE A CONS ULTA CONREUMATOLOGIA. SE REVISAX RX CERVICAL Y SE ENCUENTRA TODO CON NORMALIDAD. PACIENTE REFIERE DOLOR EN HEMIABDOMENDERECHO TIPO OPRESIVO EVA 7/10. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS YAFEBRIL- NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SINADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHSPRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA S UPERFICIAL Y PROFUNDA EN FLANCODERECHO; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS S UPERIORES E INFERIORES- EXTREMIDAS RIGIDAS- TEJIDO CELULARS UBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATAACION 4. ECOGRAFIA RENAL 5.REFERENCIA REUMATOLOGIA 6. CONTROL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD APP: ARTROSIS- NEFROPTOSIS AQX: CESÁREA (2) Más SALPINGECTOMÍA APF: ABUELO YTIAS CA GASTRICO ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE RX POR DOLOR CERVICAL DELARGA EVOLUCION EVA 8/10 QUE MEJORA CON MEDICACION Y VUELVE A APARECER CUANDO PASA EL EFECTO DE LA MIS MA- ADEMASREFIERE DOLOR ARTICULAR DE PREDOMINIO NOCTURNO- PACIENTE MANIFIESTA QUE HACE 2 AÑOS NO ACUDE A CONS ULTA CONREUMATOLOGIA. SE REVISAX RX CERVICAL Y SE ENCUENTRA TODO CON NORMALIDAD. PACIENTE REFIERE DOLOR EN HEMIABDOMENDERECHO TIPO OPRESIVO EVA 7/10. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS YAFEBRIL- NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SINADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHSPRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA S UPERFICIAL Y PROFUNDA EN FLANCODERECHO; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS S UPERIORES E INFERIORES- EXTREMIDAS RIGIDAS- TEJIDO CELULARS UBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATAACION 4. ECOGRAFIA RENAL 5.REFERENCIA REUMATOLOGIA 6. CONTROL

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Artritis No Especificada		M139		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-28	10:52	Estefania	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 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	