



| 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           | Convento                         | CS                        | 1308873783                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Giler                                                       | Chica            | Maria                            | Alexandra                 | M                                | 23-04-1979                         | 46                                                      | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN                         |                                                         |                         |   |   |   |  |
| 0998343739                                                  |                  | 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             | 130353                           | 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 DE 46 AÑOS DE EDAD CON APP DE CANCER DE TIROIDES TRATADA CON YODOTERAPIA EN SOLCA. TIROIDECTOMIA TOTALHACE 1 AÑO Y MEDIO APROXIMADAMENTE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS DIASDEEVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR POLIARTRALGIA CON PREDOMINIO EN MIEMBROS INFERIORES LO CUAL OCASIONES DEBILIDAD ALMOMENTO DE LA DEAMBULACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMOCEFALICA- MUCOSAS HUMEDAS. OJOS: PUPILAS REACTIVASNARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES BOCA: OROFARINGE NO PATOLÓGICA OÍDOS: PERMEABLES CUELLO CICATRIZ DE TIRIDECTOMIA.TORAX SIMETRICO. CSPS VENTILADOS. RSCS RITMICOS. SIN ADENOPATIAS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO APALPACIÓN S UPERFICIAL Y/O PROFUNDA RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES S UPERIORES SIN PATOLOGIA. EXTREMIDADESINFERIORES SIN PATOLOGIA. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGÍA POR LO QUE SE REALIZAREFERENCIA. SE EXPLICA CUADRO CLÍNICO A PACIENTE- CONTROL POSTERIOR. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON CANCER DE TIROIDES TRATADO CON YODOTERAPIA.          |

| E. DIAGNÓSTICO |                              | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Poliartritis No Especificada |                                    | M120 | 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 |
| 2025-07-07                            | 05:51           | Maria         | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |                 |                  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |