



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	1312308453													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Coloma		Delgado		Laura		Andrea		M	21-05-1999	26	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
098-876-8494				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
13		1303		130350		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													

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	Traumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE AESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DOLOR EN AMBASRODILLAS- REFIERE QUE PREDOMINA A LA FLEXION Y QUE NO CALMA CON MEDICACION- ADEMAS PACIENTE REFIERE DOLOR EN TALONIZQUIERDO QUE DIFICULTA ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERASNEUROLOGICAS Y AFEBRIL- NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS YROSADAS; NARIZ PERMEBLE- OROFARINGE NO ERITEMATOSA- CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS YVENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN:BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION S UPERFICIAL NI PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS ENMIEMBROS S SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA YEJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATAACION 5. ANALGESIA 6. REFERENCIA TRAUMATOLOGIA 7. CONTROL	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE AESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DOLOR EN AMBASRODILLAS- REFIERE QUE PREDOMINA A LA FLEXION Y QUE NO CALMA CON MEDICACION- ADEMAS PACIENTE REFIERE DOLOR EN TALONIZQUIERDO QUE DIFICULTA ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERASNEUROLOGICAS Y AFEBRIL- NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS YROSADAS; NARIZ PERMEBLE- OROFARINGE NO ERITEMATOSA- CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS YVENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN:BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION S UPERFICIAL NI PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS ENMIEMBROS S SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA YEJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATAACION 5. ANALGESIA 6. REFERENCIA TRAUMATOLOGIA 7. CONTROL	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Dolor En Articulacion		M255	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-06	11:02	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	