

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	<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 MOTIVO																	
0993643306 / 0979847571				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.																		
13		1304	130450		3. Falta de equipamiento.																		
					4. Equipos en mal estado.																		
					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	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	