



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1314170406						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Loor	Cordova	Angie	Paola	M	27-05-2007	17	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0979396415 / 0985474934		X								
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	1315	131550	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	Reumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINA 17 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL DIAGNOSTICADA EN EN OCTUBRE DEL 2024 EN SEGUIMIENTO CON EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA (ULTIMO CONTROL 12/12/2024); *QUIRURGICOS: NO REFIERE; *GINECOLÓGICOS: G0P0C0A0 FUM 23/09/2024 CICLOSREGULARES- MENARQUIA 12 AÑOS- TELARQUIA 11 AÑOS- PUBARQUIA 12 AÑOS- NIEGA VIDA SEXUAL ACTIVA; *ALERGICOS NIEGA; *TOXICOLÓGICOS NIEGA; *FARMACOLOGICOS:PREDNISONA 10MG VO QD (DOSIS AJUSTADA EN ULTIMO CONTROL- DOSIS PREVIA 20MG VO QD)- METOTREXATO 15MG VO SEMANAL (TABLETAS DE 2.5MG 2 TABLETAS CON ELDESAYUNO - ALMUERZO Y MERIENDA CADA VIERNES)- ACIDO FOLICO TABLETAS 5MG VO QD- COMPLEJO B TABLETAS 1 VO QD; * AP FAMILIARES: NO REFIERE AL MOMENTOPACIENTE HEMODINAMCIAMENTE ESTATBLE-BUEN ESTADO GENERAL. SE SOLICITA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoide Juvenil	M080		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-05	11:03	Blanca	Cobeña	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1309555959				

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
MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1314170406	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Centro De Salud Tipo C Tosagua	13D12	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ex Del 18 De Feb 2025: Vsg 27(16)- Gb 12.65- Gr 4.54- Hb 12.2- Hto 36.6%- Plaq 247- Asto 400- Pcr 12- Fr Latex 32- Glucosa 98- Colt 161- Tg 84- Ac Urico 4.4- Urea 27- Creat 0.63- Tgo 24- Tgp 18.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificacion		M059		X	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	
1308809787				