



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	Materno Infantil Carlos Morales Locke	CS	1306602168						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Palacios	Benavides	Teresa	Elisabet	M	08-12-1969	55	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
0969960965			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.							
13	1307	130750	4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							
			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	Reumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DEVARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN 50 MG CADA 12HORAS- ACUDE A VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD POR PRESENTAR MOLESTIAS DE TIPOMECHANICO DE APROXIMADAMENTE 15 DIAS DE EVOLUCION QUE SE LE REALIZO INFILTRACIONMEJORANDO PAULATINAMENTE PERO POSTERIOR A ELLO EMPEZO A AGUDIZARSE NUEVAMENTE ELDOLOR POSTERIOR AL HABER REALIZADO UNA ACTIVIDAD FISICA QUE PRODUJO LAS MOELSTIAS DELA MISMA PRESENTANDO DOLOR MARCADO CON EVA 8/10 EN REGION DE CODO IZQUIERDO CONTENDINITIS Y EPICONDILITIS LATERAL- LLEVO SEGUIMIENTO MEDICO EN HOSPITAL DE BAHIA SINEMBARGO REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA PARA PODER CONTINUAR CON EL SEGUIMIENTOQUE PRESENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DEVARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN 50 MG CADA 12HORAS- ACUDE A VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD POR PRESENTAR MOLESTIAS DE TIPOMECHANICO DE APROXIMADAMENTE 15 DIAS DE EVOLUCION QUE SE LE REALIZO INFILTRACIONMEJORANDO PAULATINAMENTE PERO POSTERIOR A ELLO EMPEZO A AGUDIZARSE NUEVAMENTE ELDOLOR POSTERIOR AL HABER REALIZADO UNA ACTIVIDAD FISICA QUE PRODUJO LAS MOELSTIAS DELA MISMA PRESENTANDO DOLOR MARCADO CON EVA 8/10 EN REGION DE CODO IZQUIERDO CONTENDINITIS Y EPICONDILITIS LATERAL- LLEVO SEGUIMIENTO MEDICO EN HOSPITAL DE BAHIA SINEMBARGO REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA PARA PODER CONTINUAR CON EL SEGUIMIENTOQUE PRESENTO.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Epicondilitis Lateral	M771		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-08	01:22	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312068727				

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.			
			2.			
			3.			

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		