

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	San Bartolo	CS	1307061182						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
Loor	Zambrano	Rita	Esmilda	M	21-10-1967	57				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO					
0990661810											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1302	130250									
			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	X					
			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	Reumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 57 AÑOS CON APDE ARTRITIS REMATOIDEA EN TRATAMIENTO CON METROTEXATO 2.5 MG+ PRENISONA 10MGAPROX NO REFIERE ALERGIA - ULTIMO CONTROL CON REUMATOLOGIA HACE 3 MESES- AL MOMENTO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD EN MANOS Y REFIERE MANTENER ARTRALGIAS MODERADAS DIARIAMENTE POR NO CONTAR CON MEDICAMENTO HABITUAL- ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA A ESPECIALIDAD EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO

E. 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.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-05	11:29	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312068727				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI	NO	
------------------------	----	----	--	------------------------	----	----	--

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

5

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	1307061182	

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	San Bartolo	13D06	//
-----	-------------	-------	----

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Exámenes Del 8 De Abril 2024: Gb 7.10- Gr 4.8- Hb 12- Hto41%- Plaq 202- Pcr 12- Glucosa 84- Colt 250- Tg 169- Urea 298- Creat 0.86- Ac Urico 4.41- Tgo 34- Tgp 28. Asto 89.0

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				