



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	Pichincha	CS	1311191934							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Moreira	Ochoa	Carmen	Maria	M	12-06-1985	39	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0986048811 // 0986303216			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			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								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1311	131150									

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 DE 39 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA DOLOR EN REGION DE MIEMBROS INFERIORES DE TIPO PULSATIL EN REGION ARTICULAR Y MUSCULAR SE REALIZA PCR 0.70- RATEST 9.3 COMPLEMENTO C3 147 COMPLEMENTO C4 20.3 ANCA TOTAL 20.2 AC. ANTI NUCLEARES ANA HEP 2 POSITIVO 1/80

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PCR 0.70- RATEST 9.3 COMPLEMENTO C3 147 COMPLEMENTO C4 20.3 ANCA TOTAL 20.2 AC. ANTI NUCLEARES ANA HEP 2 POSITIVO 1/80

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Artritis Especificadas	M138	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-19	07:09	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
MSP			CENTRO DE SALUD	1311191934	

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	Pichincha	13D08	//
-----	-----------	-------	----

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Sin App De Relevancia- No Refiere Alergia A Medicamentos- Colectectomizada Hace 2 Años - 2 Cesareas - Consulta Por Dolor Muscular De Miembros Inferiores De 1 Año De Evolucion- Refiere Ademas Lumbalgia. Trae Eco Renal Pelvica Del 12 De Mayo 2025: Leve Ectasia Pielocalcial A Preodminio Izquierdo- Hidronefrosis Grado I- Litos De 3mm -Imagen Quistica En Polo Superior De Riñon Izq. Ex Del 5 De Marzo 2025: Hb 14- Hto 40%- Plaq 287- T3t 1.20- T4 Total 83.5- T3l 2.87- T4l 14.20- Tsh 3.34- Ac Anti Tiroglobulina Menor A 20- Anti Tpo 16.00- Microalbuminuria 42.90- Proteina En Orina +- Ex Del 5 De Mayo 2025: Pcr 0.70- Fr Latex 9.3- C3 147- C4 20- Anca P- C- A Negativos- Ana Positivo 1/80. Al Interrogatorio Niega Sintomas Sistemicos- Artritis - Sicca- Uleras Orales. Al Ex Fisico: Conserva Rangos Articulares- No Se Evidencia Deformidades- Ni Inflamacion Articular. Se Solicita Rx Y Perfil Inmunologico Para Les Y Enzimas Musculares.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sindrome Nefrotico No Especificada		N049	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				