



| 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           | Pavon                    | CS-A                             | 1301347934                       |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Meza                                                        | Moreira          | Jovita                   | Gastelu                          | M                                | 29-09-1947                                              | 77   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN                       |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0993404358                                                  |                  |                          | X                                |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130350                   |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | 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 | Reumatologia |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE FEMENINO DE 77 AÑOS CON APP: HTA- DMII- ARTROSIS ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR DE PREDOMINIO EN RODILLAS- PRESENTA RADIOGRAFIA AP DE RODILLAS DONDE SE APRECIADIS MINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR- PACIENTE REFIERE TRATARSE CON REUMATOLOGA PARTICULAR QUE DIAGNOSTICA CON ARTROSIS Y TRATA PARACETAMOL Y TRAMADOL- PACIENTE REFIERE NO TENER RECURSOS PARA CITA S UBSECUENTES POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA CON REUMATOLOGIA- SIGNOS VITALES ESTABLES. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| CONTROL                                                           |  |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Poliartrosis No Especificada       | M159 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-09-19                            | 03:17        | Javier        | Buenaventura    | Loor             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1313606327                            |              |               |                 |                  |

| 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                                                                            |           |                          | HOSPITAL BASICO | 1305217463                       |                   |

| 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                     | Hospital Basico De Calceta - Anibal Gonzales Alava | 13D06    | //                 |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Se Agenda Pedido De Ecografia Tiroidea- Se Levotiroxina 88mcg Al Dia- Se Agenda Laboratorio Tiroidea.  
Simvastatina 20mg Un Comprimido En La Noche

| F. DIAGNÓSTICO |                                | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipotiroidismo No Especificado |                                    | E039 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | Hiperlipidemia Mixta           |                                    | E782 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |