



| 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           | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres | HB                               | 1305285411                       |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                 | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Garcia                                                      | Garcia           | Yoly                                          | Yolanda                          | M                                | 22-03-1967                                              | 57   | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                                               | REFERENCIA                       |                                  | DERIVACIÓN                                              |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0987636766                                                  |                  |                                               | X                                |                                  | MOTIVO                                                  |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                                               | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                               | 2. Falta de espacio físico.      |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                  |                                               | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | CANTÓN           | PARROQUIA                                     | 4. Equipos en mal estado.        |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             | 1305             | 130550                                        | 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 PRESENTA ARTRALGIAS GENERALIZADA DESDE HACE VARIOS AÑOS NECESITA REFERNCIA PARA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD |

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

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO       | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | (Osteo)Artrosis Primaria Generalizada | M150 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                       |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                       |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-01-31                            | 11:18        | Mirella       | Zambrano        | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 66666666                              |              |               |                 |                  |

| 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 | 1305285411                       |                   |

| 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 Flavio Alfaro - San Andres | 13D07 | // |
|-----|-----------------------------------------------|-------|----|

|                               |
|-------------------------------|
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|                               |

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

|                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS                                                                                                                         |
| Rx Rodillas Pinzmaietno Bicompartimental- Rx Manos Osteopenia Difusa- Pinzamiento Radiocarpiano Bialteral- Rx Col Lumbosacra Con Signos De Espondiloartrosis- Listesis De L5-S1. |

| F. DIAGNÓSTICO |                                       | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | (Osteo)Artrosis Primaria Generalizada |                 |                 | M150 |     | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1308809787                            |                 |               |                 |                  |