



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	Ines Moreno	CS	1304239211							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Moreira	Pinargote	Fatima	Maria	M	19-12-1959	64	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0939105212			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive					
			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
			5. Problemas de infraestructura.								
13	1302	130250								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 DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL Y ARTRITIS REUMATOIDEA- PRESENTA CUADRO CLINICO DESDE HACE MAS O MENOS 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO EN REGON LATERAL DE CADERA DERECHA E IZQUIERDA CON MAYOR ACENTUACION DEL LADO IZQUIERDO LA CUAL LE IMPIDE MANTENERSE SENTADA Y ACOSTADA DEL LADO ANTES DESCRITO. EXAMEN FISICO: DOLOR A LA DIGITOPRESION EN REGION SACRA Y LATERAL DERECHA DE CADERA- MANIOBRA DE LASAGUE ++ 45 GRADOS. PLAN RADIOGRAFIA DE CADERA: OSTEOPOROSIS EN ACETABULO BILATERAL Y CABEZA DE FEMUR. PLAN FARMACOLOGICO: ACIDO FOLICO 1 MG CADA DIA- CONDROPROTECTOR MENSUAL- CALCIO 500 MG DESPUES DE ALMUERZO. VITAMINA D.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
RX DE CADERAOSTEOPOROSIS EN ACETABULO BILATERAL Y CABEZA DE FEMUR.

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
2025-01-09	12:38	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.					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	