



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				
IESS	001414	Hospital De Chone Nivel I	HB	1306242197							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rosado	Rosado	Nellys	Magaly	M	16-05-1972	53	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN MOTIVO						
0994346232			1. Accesibilidad geográfica.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.								
13	1303	130350	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								

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
PCTE DE 53 AÑOS REFIERE DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE ARTICULACIONES MAS MANIFIES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO

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
2025-05-20	04:26	Virginia	Tuarez	Avellan
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310200116				

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	1306242197	

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 De Chone Nivel I	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Primera Atencion Febrero 2023: Paciente Con App De Gastritis Cronica- Fue Atendida En 2 O Casiones En El 2017 Por Dolor Poliarticular. Hoy Consulta Por Mismo Cuadro De Dolor Articular De Pequeñas Y Grandes Articulaciones- Sin Inflamacion- Sin Limitacion Funcional. Al Ex Fisico Rangos Sin Alteraciones- Discretos Crepitos De Hombros Y Roidllas- No Se Evidencia Inflamacion Ni Deformidades Articulares. Se Solicita Rx Que Muestran Los Siguientes Hallazgos. Rx Manos Con Osteopenia Difusa- Pinzamientos Asimetricos De 5° Interfalangicas Distal Bilateral- Pinzamiento Radiocarpiano Bilateral- Rx Rodillas Disminucion De Espacio Articular De Compartimiento Interno Bialteral- Pinzamiento Patelofemoral- Rx Hombros Pinzamiento Glenohumeral Bilateral. Se Inidica Iniciar Sysadoa + Condroprotector- Se Sugiere Control En 4 Meses- Realizar Actividad Fisica- Bajar De Peso...Atencion 15 De Julio 2025: Paciente Con App De Gastritis - Colon Irritable- Colectistectomia- Salpingectomia Bilateral- Pterigion Bilateral- No Refiere Alergia A Medicamentos. Consulta Por Dolor Osteoarticular De Larga Data- Cervicalgia - Omalgia- Artralgia De Roidllas Y Tobillos. Al Ex Fisico: Completa Ragnos Articulares- Creptios De Hombros Y Rodillas - Dolor A La Movildiad Cervical. Se Solicita Rx - Se Inicia Sysadoas- Calcio + Vit D3 Vo. .

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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308809787				