



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	Eloy Alfaro	CS-A	1353994856								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Reina	Vera	Julieth	Sarahi	M	29-10-2022	2	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐										
0980738644		MOTIVO										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐										
		2. Falta de espacio físico. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive ☒									
13	1303	130355	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	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE CON DCI. MADREREFIERE QUE SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA PERO POR FALLAS EN SISTEMA NO FUE POSIBLEUNA CITA S UBSECUENTE MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA CONTINUAR CON CONTROL Y SEGUIMIENTO PORESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
BAJA TALLA PARA LA EDAD.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Retardo Del Desarrollo Debido A Desnutricion Proteicocalorica	E45X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-02	04:10	Milton	Barreto	Chica
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312587668				

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	1306069996	

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	Barraganete	13D08	//
-----	-------------	-------	----

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Con Artritis Reumatoide De Mas De 20 Años De Evolucion. Sin Otro App De Relevancia - No Alergia A Medicamentos. Hace 6 Años Empézo Con Tto De Esteroides Inyectables A Demanda. Al Ex Físico: Marcha Limitada- Se Apoya Con Baston De 1 Punto- Deformidades Articulares En Falanges De Manos Y Pies Con Desviacion Cubital Y Dedos En Hiperflexion- Carpo Izquierdo Limitado En Rango De Flexion Y Extension Por Aparente Fx No Tratada Hace 3 Meses. Lesiones Esmativa De Piel En Areas De Codos Y Ambas Piernas. Se Solicita Ex- Rx- Ic A Dermatologia- Se Inicia Tratamiento Don Deflazacort 30mg Vo Qd- Coxib Vo - Metotrexato 10mg Semanal- Ac Folicio 5mg Vo Qd.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoide No Especificada		M069		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				