



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	0907473284							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Moreira	Fatima	Trinidad	Null	M	02-06-1957	68	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0980380023			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			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								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1315	131550									

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	Traumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
FEMENINA DE 68 AÑOS- SIN APP DE RELEVANCIA- ALERGIAS: NOVALGINA. ACUDE POR CAIDA HACE 2 MESES DESDE SU PROPIA ALTURA COLOCANDO SU PESO SOBRE SU MANO IZQUIERDA- PACIENTEMENCIONA QUE ACTUALMENTE PRESENTA EDEMA DE MIEMBRO AFECTADO TODAS LAS NOCHES Y LIMITACION FUNCIONAL. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
NO REFIERE	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Fractura De La Epifisis Superior Del Cubito		S520		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-07	10:13	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	1307035160	

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

Materno Infantil Carlos Morales Locke

13D06

//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Atencion 28 De Enero 2020: Paciente Con Limitada Capacidad Funcional Dolor E Inflamacion Cronica De Metacarpofalangicas- Desviacion Cubital De Falanges De Manos Y Pies- Dolor Cronico De Rodillas Por Artrosis Secundaria Grado Iii. Ultimo Control Agosto 2019. Solicito Examenes De Laboratorio Control E Indico Continuar Igual Esquema De Tratamiento. Control En 2 Meses...Atencion 16 De Junio 2025: Referencia Del Msp. Iess Campesino- Paciente Con Dx Conocido- Primera Atencion Diciembre 2027. Ultimo Control Enero 2020. Paciente Hta- Con Mas De 20 Años De Dx De Ar Seropositiva- Actualmente Con Limitacion Funcional- Deambula Con El Apoyo De Baston De 1 Punto- Presenta Rigidez Articular De Manos- Dolor E Inflamacion De Carpos- Metacarpofalangicas - Deformidad En Dedos De Los Pies- No Realiza Rangos De Movimientos De Hombros- Rodillas. Se Solicita Rx Y Ex De Laboratorio. Se Indica Prednisona 20mg Vo Qd- Mtx 10mg Semanal- Ac Folico- Ciclo De Coxib Vo Qd- Paracetamol Vo Qd. Se Llena Formulario Anexo 001

F. 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.				

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				