



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	1307349520					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Loor		Patiño		Isabel		Del		M	04-07-1954	71	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0993168644 0996828993 0993168644				X							
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		X	
13		1315		131550		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		Reumatologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ADULTA MAYOR DE 71 AÑOS CON APP DE COXOARTROSIS- GONARTROSIS Y POLIARTROSIS CON OSTEOPOROSIS- EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA EN EL H. DE CHONE.AHORA ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA PARA QUE LE CONTINUE DANDO LOSTURNOS ALLA YA QUE ACÁ NO HAY LOS MEDICAMENTOS QUE ELLA TOMA...AL EX. FISICO: SE CONSTATA OBESIDAD- SE CONSTATA DIFICULTAD A LA MARCHA FLUIDA POR SU PATOLOGIA DE BASE Y CREPITACIÓN EN RODILLAS HOMBRO Y CADERA...AL RASTREO ECOGRAFICO RIÑONES PEQUEÑOS CON BORDES IRREGULARES Y RELACIÓN CORTICOMEDULAR DISMINUIDA...POR ELLO SE INDICA EX. DE LAB. INCLUIDO PERFIL RENAL E I/C.-CON REUMATOLOGIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AL RASTREO ECOGRAFICO RIÑONES PEQUEÑOS CON BORDES IRREGULARES Y RELACIÓN CORTICOMEDULAR DISMINUIDA...

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Coxartrosis Primaria Bilateral		M160	X		4.					
2.	Gonartrosis Primaria Bilateral		M170	X		5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-20	10:01	Karen		Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310488075					

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	1313523092	

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	San Antonio	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS****E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

Atencion 9 De Julio 2025: Primera Atencion- No Trae Referencia. Paciente Con App De Nefrectomia Izquierda Hace 7 Años Por Litiasis Renal- Estreñimiento Cronico- Consulta Por Dolor Osteoarticular De Pequeñas Y Grandes Articulaciones De Larga Data A Predominio De Rodillas Y Manos Sin Inflamacion Sin Limitacion Funcional. Al Ex Fisico Completa Rangos- Crepitos Gruesos De Rodillas- Desviacion De Primera Falange Mano Izquierda- No Se Evidencia Inflamacion. Se Solicita Examenes Y Rx. Se Indica Insaponificables Vo...Atencion 12 De Septiembre 2025: Refiere Dolor De Rodillas. No Se Realizo Ex Ni Rx. Se Vuelve A Solicitar. Se Descarga Ac Folico- Paracetamol.

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				