



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	Flavio Alfaro	CS-B	1307930774							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Bravo	Chavarria	Lourdes	Cruz	M	03-05-1975	50	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
098-261-9020		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1305	130550	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	Traumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS ACUDE POR DOLOR A NIVEL DEL ARCO PLANTAR DEL PIE IZQUIERDO- CON IRRADIACIÓN HACIA LAPIERNA Y RODILLA DEL MIS MO LADO- DE 1 MES DE EVOLUCIÓN. REFIERE QUE EL DOLOR TAMBIÉN ESTÁ PRESENTE EN EL PIE DERECHO-AUNQUE DE MENOR INTENSIDAD. MENCIONA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN- REFIERE QUE ?CAMINA COJA? Y QUE EL DOLOR HAIDO EN AUMENTO. ACUDE ADEMÁS CON TOS SECA- CONGESTIÓN NASAL- PICAZÓN DE GARGANTA- ESCALOFRIOS Y ALZA TÉRMICA LEVEDESDE HACE 3 DÍAS. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MILIGRAMOS YATENOLOL 50 MILIGRAMOS- SE DECIDE REALIZAR AJUSTE TERAPEUTICO- MANTENER LOSARTAN 100 MILIGRAMOS UNA VEZ AL DIA Y SEAGREGA AMLODIPINO 10 MILIGRAMOS- REALIZA AMPA POR 10 DÍAS DOS VECES AL DIA- PROXIMA VALORACION CON CARTILLA DEPRESIONES. PACIENTE CON DOLOR PLANTAR PERSISTENTE DE 1 MES DE EVOLUCIÓN- LIMITACIÓN FUNCIONAL Y SIGNOSRADIOLÓGICOS COMPATIBLES CON ESPOLÓN CALCÁNEO BILATERAL- PREDOMINIO IZQUIERDO- REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADAY MANEJO CON FISIOTERAPIA O EVENTUAL INFILTRACIÓN SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
HALLAZGOS COMPATIBLES CON ESPOLÓN CALCÁNEO BILATERAL- PREDOMINIO IZQUIERDO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Dificultad Para Caminar No Clasificada En Otra Parte		R262	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-15	09:23	Walther	Castro	Velez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310868573				

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	