



| 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                    | Ines Moreno                  | CS-A                                                    | 1310347529                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Medina                                                      | Rendon                    | Ana                          | Adelaida                                                | M                                  | 21-10-1979       | 46   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                   |                                                         | DERIVACIÓN                         |                  |      |                         |   |   |   |
| 0969985759                                                  |                           | X                            |                                                         | MOTIVO                             |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                           | 1. Accesibilidad geográfica. |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |                           | 2. Falta de espacio físico.  |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                      | 3. Falta de equipamiento. |                              | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   | 4. Equipos en mal estado. |                              | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| 13                                                          | 1302                      | 130250                       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD- CON APP DE HIPOTIROIDIS MO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50 MCG VO QD- Y ARTRITISREUMATOIDEA (SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA EN HOSPITAL CHONE ULTIMA CITA 28/11/2025- DONDE MÉDICO ESPECIALISTA INDICA QUE PACIENTE NECESITA SOLICITAR REFERENCIA DESDE PRIMER NIVEL PARA CONTINUAR CON LAS ATENCIONES) EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO 6 MG VO SEMANAL- AC FOLICO 5MG VO QD- PREDNISONA 10 MG DIARIAMENTE- VITAMINA D3 VO QD. PACIENTE REFIERE PRESENTAR DOLOR DE LVE INTENSIDAD QUE SE PRESENTA EN REGION DE ARTICULACION DE HOMBRO DERECHO- Y EN REGION DE MANOS EN EL CUAL PRESENTA RIGIDEZ AMBAS MANOD INCLUYENDO DLOS DEDOS- AL EXAMEN FISICO: SE APRECIA DEFORMIDAD EN DEDO INDICE Y ANULAR CON NODULOS DE BOUCHAD Y HERBER. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXAMENES COMPLETOS DE CONTROL REALIZADOS EN EL MES DE NOVIEMBRE ( YA REVISADOS POR MEDICO REUMATOLOGO) |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificacion |                                    | M059 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                           |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                           |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-07                            | 11:05        | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |