



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	1308476348							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Borrero	Macias	Enma	Teodora	M	23-11-1970	55	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
1308476348		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
13	1315	131550	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
			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
USUARIA CON APP DE DM CON TTO CON INSULINA 8 UI S/C EN LAS MAÑANAS Y 5 UI S/C EN LAS NOCHES- METFORMINA 500MG UNA TABLETA CADA 12 HORAS- REFIEREDOLOR GENERAL DE LAS ARTICULACIONES DE LARGA DATA- SOBRETUDO DE LAS MANOS- ACOMPAÑADO DE DISMINUCIÓN DE LA FUERZA- RIGIDEZ ARTICULAR-SOBRETUDO DE LOS PULGARES- ESTA SIENDO VALORADA POR SU SERVICIO CON DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE ARTRITIS VS POLIARTROSIS CON TTO MEDICO CONPIASCLEDINE 300MG UNA TABLETA DIARIA- ENDRONAL (ACIDO ALENDRONICO 70MG) UNA TABLETA DIARIA- ACIDO FOLICO 5MG UNA TABLETA DIARIA E IBUPROFENOCOMO TTO SINTOMATICO CUANDO HAY MUCHO DOLOR- SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION SUBSECUENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada		M150		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-12	01:16	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

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	