

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	1300921036	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Villamar	Solorzano	Bella	Maria	M	16-03-1945	80	H	D	M	A
										X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0981434917

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

13

1315

131550

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN MOTIVO

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

X

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	Geriatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR DE 80 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA EN TTO CON EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG- INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA (VARICES SIN ULCERAS) DISCAPACIDADFÍSICA POR DISMOVILIDAD 46% SECUNDARIO A POLIARTROSIS- OSTEOPOROSIS CERVICO - DORSO LUMBAR- + RADICULOPATIA CERVICAL Y LUMBOCIATALGIA- POR LARADICULOPATIA EL DOLOR EN ESCALA EVA: 08/10- GENERANDO ALTERACIÓN EN LA MARCHA CON NECESIDAD DE BASTÓN- ESCALA BARTHEL 70/100 CON DEPENDENCIA MODERADA.SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES Y TRATAMIENTO MEDICO POR RIESGO CV A 10 AÑOS: (ALTO)..SE INDICA SIMVASTATINA E I/C.- GERIATRIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADICULOPATIA EL DOLOR EN ESCALA EVA: 08/10- GENERANDO ALTERACIÓN EN LA MARCHA CON NECESIDAD DE BASTÓN- ESCALA BARTHEL 70/100 CON DEPENDENCIA MODERADA.HB: 12GR/DL.- CREATININA: 1.2MG/DL.AL RASTREO ECOGRAFICO: HIGADO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- VESICULA BILIAR CON PAREDES FINAS Y SIN LITOS RIÑONES NORMOTOPICOS CON TAMAÑO LEVEMENTE DISMINUIDA LA RELACION CORTICOMEDULAR YBORDES UN POCO IRREGULARES..

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Poliartrosis No Especificada	M159		X	4.			
2.	Insuficiencia Venosa (Cronica) (Periférica)	I872		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-03	09:50	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	1307663268	

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	Cucuy	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Con App De Hta- No Alergia A Medicamentos- Apendicectomia- 1 Cesarea + Ligadura- Consulta Por Dolor Osteoarticular De Larga Data Con Inflamacion De Rodilla Derecha. Al Ex Físico Completa Rangos- Tumefacción Leve De Rodilla Derecha- Creptios Greusos De Ambas Rodillas. Trae Rx De Abril Del 2025: Rx Col Cervical Rectificación- Esclerosis Subcondral- Osteofitos Marginales- Rx Col Lumbosacra Osteofitos Amrginales- Pinzamiento De Espacios Posteriores. Se Solicita Rx De Manos- Rodillas- Hombros- Exámenes De Rutina Basica. Se Inicia Sysadoas- Colchicina Vo.

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				