

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	San Bartolo		CS-A	1306891258					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
Chavez	Loor	Mariana	Trinidad	M	11-06-1971	54				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN					
1306891258						MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
CANTÓN			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PARROQUIA			5. Problemas de infraestructura.								
13	1302	130250									

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	Fisiatria

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD CON APP DE DM2 EN TTO CON METFORMINA DE 850 VO QD- ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS EN TTO Y SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA ENHOSPITAL DE CHONE- QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO PO DOLOR EN ARTICULACIONES DE MODERADA INTENSIDAD 6/10 EN ESCALA DE EVA- PROPIO DE SU PATOLOGIA DE BASE. ADEMÁS PACIENTE REFIERE ESTAR EN TRÁMITES PARA CARNET DE DISCAPACIDAD- EN DONDE LE SOLICITAN PRUEBA DE GONIOMETRIAPARA VALORACIÓN DE RANGOS DE MOVIMIENTO- DE SECUELAS EN CODOS Y HOMBROS. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON DOLOR A LA MOVILIDAD Y DEDO EN GARRA EN DEDO ANULAR DE LAMANO DERECHA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- AFEBRIL- ALGICA A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES Y PREDOMINIO EN EXTREMIDADES SUPERIORES- SE REALIZA REFERENCIA PARA FISIATRÍA POR INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DOLOR A LA MOVILIDAD Y DEDO EN GARRA EN DEDO ANULAR DE LA MANO DERECHA

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoide No Especificada		M069		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-03	01:01	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312068727				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI	NO	
------------------------	----	----	--	------------------------	----	----	--

CONTRAREFERENCIA

9

REFERENCIA INVERSA

9

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	