

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		001414	Hospital Basico Natalia Huerta De Nombres		HB	1307014538								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Paraga		Paraga		Sonia		Catalina		M	06-10-1972	53	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN						
099-029-9954						X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				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 resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
13		1312		131250						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		Reumatología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 53 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2. DIAGNÓSTICO CADACE SÍNTOMAS - ENTRATAMIENTO CON METFORMINA DEBIDO A GASTROINTESTINAL. NO ALERGIA. SIN COMORBIDADES. NO CIRUGÍAS. NO INGRESOS HOSPITALARIOS. NO ALCOHOL. NO CIGARRILLO. AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN DEBILIDAD DE MANOS. ADORMECIMIENTO RÍGIDO EN LAS MANOS. PRESENCIA DE NODULO REUMATOIDES EN DEBILIDAD DE MANOS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
PCR6-FRB-ASTO100			

E. DIAGNÓSTICO			
PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO			
CIE	PRE	DEF	
M063	X	A	
		B	
		C	
		D	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-04-22	11:23	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		TIPOLOGÍA	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	
		A	
		B	
		C	

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