



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	Chone	CS-C	1303473688						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Utreras	Mero	Ligia	Floriselva	M	21-06-1958	67	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
098-198-3791			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			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							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130350								

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 AHORA TIENE RESULTADOS DE EXÁMENES DONDE DETERMINA ESTEATOSIS HEPATICA Y PANCREÁTICA MAS MICROLITIASIS MAS COLONIRRITABLE... ADEMÁS DE GLUCOSA 114 NN0 ANÉMICA PLAQUETAS NORMALES... NO SUFRE DE DIABETES NI HTA... LA PACIENTE AL FINAL DE LAATENCIÓN REFIERE QUE LA REUMATÓLOGA LE DIJO QUE LLEVARA REFERENCIA PARA TENER CONTINUIDAD... POR PETICIÓN SE LE ENVÍA REFERENCIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
DE CONTINUIDAD EN REUMATOLOGIA-...

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Poliartrosis No Especificada	M159	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-28	09:40	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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 TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1303473688	

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	Centro De Salud Tipo C (Chone)	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Rx Col Cervical Rectificacion- Esclerofosis Sibcondral- Estrechamiento De Espacios Posteriores- Rx Col Lumbosacra Escoliosis Marcada- Aplastamiento Vertebral- Osteopenia Difusa- Sindesmofitos Gruesos- Espondilolistesis L5.S1 Grado Iii- Rx Rodillas Aumento Del Espacio.Femoritibial Externo Bilateral- Pinzamiento Patelofemoral + Osteofitos. Rx Pies Espolon Calcaneo Bialteral- Rx Manos Osteopenia Difusa- Erosioens Yuxtaarticulares

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipotiroidismo Subclinico Por Deficiencia De Yodo		E02X		X	4.			
2.	Gonartrosis Primaria Bilateral		M170		X	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				