



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           | Convento                         | CS-A                      | 1305552299                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Barreno                               | Coello           | Alba                             | Luz                       | M                                  | 02-09-1956                                              | 69   | H                       | D | M | A |  |
|                                       |                  |                                  |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0989208532                            |                  | X                                |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                    | 1303             | 130353                           | 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 | Traumatologia |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA. REFIERE MANEJO CON AMPOLLAS PARA EL DOLOR? NO RECUERDA EL NOMBRE. APP: HTA CONTROLADA CON LOSARTAN DE 100 MG QD . + ESTEATOSIS HEPATICA. AQX: HERNORRAFIA +SALPINGECTOMIA + CESAREA. APF : NO REFIERE . AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO- ALERTA- AFEBRIL- ACTIVO - COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS COMPATIBLES CON SACROILITIS BILATERAL.. ARTICULACIONES COXOFEMORALES Y FémURES PROXIMALES SIN ALTERACIONES RADIOGRÁFICAS SIGNIFICATIVAS. IMAGEN RADIOLÚCIDA EN PROYECCIÓN DEL COLON SIGMOIDE- PROBABLEMENTE RELACIONADA CON GAS INTESTINAL; SIN EMBARGO- NO PUEDE DESCARTARSE COMPLETAMENTE OTRA ETIOLOGÍA. OTROS ANALISIS: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 3.99 ¿ 10<sup>6</sup>/?L 4 - 6 HEMOGLOBINA 12.1 G/DL 12 - 14 HEMATOCRITO 38.5 % 36 - 42 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 96.4 ?M<sup>3</sup> 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 30.3 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HBCORP. MEDIA (CHCM) 31.4 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 13.1 % 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN NERITROCITARIA (RDW)S 46.0 ?M<sup>3</sup> PLAQUETAS 284 10<sup>3</sup>/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.26 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 9.0µM<sup>3</sup> 7.4 - 11 ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 16.0 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 54 10<sup>3</sup>/?L 44 - 140 PLCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 19.0 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 9.00 10<sup>3</sup>/?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 33.6 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) 59.6 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 5.0 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 1.6 % 0.5 - 5 OTROS ANALISIS: GLUCOSA 98.96 MG/DL 70 - 110 MÉTODO: FOTOMETRÍA AUTOMATIZADA HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C 4.9 % 4.5 - 5.8 MÉTODO: TURBIDIMETRÍA AUTOMÁTICA UREA 39.6 MG/DL 10 -50 CREATININA 0.68 MG/DL 0.6 - 1.1 ÁCIDO ÚRICO 4.58 MG/DL 2.4 - 6 COLESTEROL 277.54 ¿ MG/DL 0 - 200 TRIGLICÉRIDOS 224.63 ¿ MG/DL 0 -150 TGO/AST 4.54 U/L 0 - 31 TGP/ALT 17.12 U/L 0 - 32 MÉTODO: FOTOMETRÍA AUTOMATIZADA ANTIESTREPTOLISINA (ASTO) CUANTITATIVO 58.13 UI/ML 0 - 200 FACTOR REUMATOIDEO FACTOR REUMATOIDEO 10.89 UI/ML 0 - 18 MÉTODO: TURBIDIMETRÍA AUTOMÁTICA COPROANÁLISIS COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCÓPICO COLOR CAFÉ CONSISTENCIA BLANDA EXAMEN COPROLÓGICO FLORA BACTERIANA AUMENTADA EXAMEN COPROPARASITARIO QUISTES DE AMEBA COLI + COAGULACIÓN TIEMPO DE COAGULACIÓN 8 MIN 5 - 11 TIEMPO DE PROTROMBINA TP 14.5 SEG. % DE ACTIVIDAD 91.51 % 70 - 100 INR 1.10 TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP) 43.5 SEG. MÉTODO: COAGULOMETRÍA AUTOMÁTICA SEROLOGÍA ERITROSEDIMENTACIÓN WESTERGREEN 26.20 ¿ MM/HORA 1 - 15

| E. DIAGNÓSTICO |                                           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Sacroiliitis No Clasificada En Otra Parte |                                    | M461 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                           |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                           |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-06-30                            | 06:10        | Maria         | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |              |               |                 |                  |

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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |