



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	Quiroga	CS-A	1303873846							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Loor	Alicia	Maria	M	07-04-1962	63	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0997225367			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	1302	130252									

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 CON DIAGNOSTICO DE GONARTROSIS BILATERAL- PARA LO CUAL CONSUME AINES Y GLUCOSAMINA- PACIENTE CONTINUA CON DOLOR INTENSO EN AMBAS RODILLAS- QUE DIFICULTA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE GONARTROSIS BILATERAL- PARA LO CUAL CONSUME AINES Y GLUCOSAMINA- PACIENTE CONTINUA CON DOLOR INTENSO EN AMBAS RODILLAS- QUE DIFICULTA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Gonartrosis Primaria Bilateral	M170		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-26	11:42	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312068727				

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	1306196443	

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

Atencion Abril 2024: Ex Del 3 De Abril 2-24: Ex Del 2024: Gb 7.07- Gr 4.38- Hb 13.1- Hto 39.2%- PlaQ 319- Vsg 30- Asto 160- Pcr 6- Glcuosa 97- Col 180- Tg 240- Ac Urico 6.9- Urea 25- Creat 0.76- Tgo 26- Tgp 21- Rf Latex 6. Se Indica Mantener Metotrexato 15mg Semanal- Diclofenaco Vo - Hierro Con Ac Folico.Ex Del 3 De Abril 2-24: Ex Del 2024: Gb 7.07- Gr 4.38- Hb 13.1- Hto 39.2%- PlaQ 319- Vsg 30- Asto 160- Pcr 6- Glcuosa 97- Col 180- Tg 240- Ac Urico 6.9- Urea 25- Creat 0.76- Tgo 26- Tgp 21- Rf Altex 6. Se Indica Mantener Metotrexato 15mg Semanal- Diclofenaco Vo - Hierro Con Ac Folcio. Ac Alendroncio 70mg Semanal...Atencion Junio 2024: Refiere Dolor En Primera Cmc Derecha- Presenta Abultamiento Doloroso. Gonalgia Izquierda-Tobillo Derecho. Trae Estudios Solicitados Del 3 De Junio 2024: Ana Y Anti Ccp Negativos. Se Suspende Mtx. Agrego Gabapentina- Ac Alendroncio 70mg Semanal...Atencion 28 De Mayo 2025: Refiere Dolor Poliarticular A Predominio De Tobillo Y Cadera Derecha- Al Ex Fisico Varices De Mmii. Se Solicita Ex Y Rx. Se Indica Celebrex.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoide Seronegativa		M060		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				