



| 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                                                    | 1304862616                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Pazmiño                                                     | Montes           | Angela                   | Gloria                                                  | M                                | 18-07-1952        | 72   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 095-909-6336                                                |                  |                          | 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             | 130301                   |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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 FEMENINA DE 72 AÑOS DE EDAD- ANTECEDENTE DE COLOR IRRITABLE- OS TEOPOROS IS - HIPERTENS ION ARTERIAL- REFIERE DOLOR EN LOS DEDOS DE AMBAS MUÑECAS - INFLAMACION- S E EVIDENCIAS DEFORMIDAD- RIGIDOS - DOLOR EN AMBAS RODILLAS . AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE- ORIENTADA- AFEBRIL- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS -RUIDOS CARDIACOS RITMICOS - ABDOMEN BLANDO DEPRES IBLE. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE ADULTA MAYOR CON ANTECEDENTE DE OS TEOPOROS IS - REFIERE DOLOR EN LOS DEDOS DE AMBAS MUÑECAS - INFLAMACION- S E EVIDENCIAS DEFORMIDAD- RIGIDOS - DOLOR EN AMBAS RODILLAS . |

| E. DIAGNÓSTICO |                                       | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |  |
|----------------|---------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|--|
| 1.             | (Osteo)Artrosis Primaria Generalizada |                                    | M150 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |  |
| 2.             |                                       |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |  |
| 3.             |                                       |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |  |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-03-09                            | 04:07        | 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 | 1304862616                       |                   |



**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**

Adulto Mayor Con App De Hta- No Alergia A Medicamentos- Consulta Por Dolor Osteoarticular De Larga Data A Predominio De Hombros - Rodillas- Col Cervical. Al Ex Fisico Nodulos De Heberden No Dolroosos A La Palpacion- Desviacion Cubital. Crepitos Greusos De Rodillas. No Se Evidencia Inflamacion. Se Solicita Rx Y Se Inicia Ciclo Corto De Coxib. Analgesia Con Paracetamol. Sysadoas Iniciales.

| F. DIAGNÓSTICO |                                       | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | (Osteo)Artrosis Primaria Generalizada |                                    | M150 |     | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1308809787                            |                 |               |                 |                  |