

FN 17-11-1979

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 2812	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO	TIPOLOGÍA 2 NIVEL	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 0801344589	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Mora	SEGUNDO APELLIDO Naranjo	NOMBRE MENOR Verónica	BRANCO MENOR Anbar	FECHA NACIMIENTO	EDAD K G M A
TELÉFONO FAMILIAR O CONVENCIONAL 09988480260		TELÉFONO CELULAR 093965378		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL San Jacinto Bue	
PROVENIENCIA Sto Domingo		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
MOTIVO		☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Rumstologia	ESPECIALIDAD
--------------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

fractura con dolor en las articulaciones, hinchazón, limitación estroarticular funcional, síntomas nocturnos que mejoran con el transcurso del día

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

156 254; ANA(-) Anticcp (-)

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO	DEF-PRONÓSTICO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	2	3	4	5	6	7	8
Artritis Rumstoidica Seronegativa (4069)							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	NOMBRE (N. y N.)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1759514035	Dr. Rafael Peñuela Médico - Internista 1759514035			

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-PRONÓSTICO	DEF-PRONÓSTICO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	2	3	4	5	6	7	8

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	NOMBRE (N. y N.)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	