

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		1246	CS TOSAGUA		C	0907563647		0907563647					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PALMA		MOREIRA		DINA		ESPERANZA	F	10/12/1953	71	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0939044348 - 0985647078		IESS CAMPESINO		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X	8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				3. Falta de equipamiento.									
				4. Equipos en mal estado.									
				5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON APP DISCAPACIDAD FÍSICA 70%, SECUNDARIO A POLIARTROSIS + OSTEOPENIA, PSORIASIS VULGAR CON TTO CON BETAMETASONA, HIPOTIROIDISMO CON TTO CON LEVOTIROXINA 100mcg AL DIA, REFIERE DOLOR GENERALIZADO DEL CUERPO SOBRETOD EN ZONA LUMBAR Y RODILLAS, SIN SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGIA DESDE HACE +/- 2 AÑOS, MANTIENE DOLOR QUE LE DIFICULTA LA LOCOMOCION, Y NECESITA DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. SE ENVIA SU SERVICIO PARA CONTROL SUBSECUENTE.

Hb: 14.8 mg/dl, Hcto: 44.6%, Hematies: 4.70 x10⁶/L, Plaquetas: 131 mmc, Leucocitos: 10.66 mmc. (Lin 19.6, Seg 73.1, Mon 6.8, Eos 0.4, Bas 0.1), Glicemia: 85.54 mg/dl, Creatinina: 0.86mg/dl, Ac Úrico 4.94 mg/dl, Urea 41.38 mg/dl, Colesterol 202.45 mg/dl, TAG: 85.56 mg/dl, VLDL: 17.11 mg/dl, TGO: 48.5 U/L, TGP: 31.71 U/L. ASTO: Negativo, **FR: Positivo**, PCR: Negativo. UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 2-4 xc/; Ert: 0-1xc/.; Cel Epi: algunas; Bacterias: ESCASAS; MOCO: +.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ARTROPATIA PSORIASICA	L405	X		4.			
2. PSORIASIS, NO ESPECIFICADA	L409		X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (H:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/11/2025	10.00	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310509771				

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (H:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	