

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1411	H. NATHALIA HUERTA DE NEMES		B	.0925392821								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
VERA	ZAMBRANO		KATTY		VERONICA		F	8/7/1983	41.	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
988732431							MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.		X					
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		X				
MANABI	ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
				4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		H. NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		REUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE AMIGDALITIS A REPETICION CON MULTIPLES TRATAMIENTOS ANTIBIOTICOS, NO REFIERE ANTECEDENTES APTOLOGICOS FAMILIARES, NO REFIERE ALERGIAS ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR Y EDEMA A NIVEL DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS, REFIERE HA REALIZADO TRATAMIENTO CON AINES, MISMO QUE MEJORA UNOS DIAS Y POSTERIOR REGRESA EL CUADRO CLINICO MENCIONADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. DOLOR EN ARTICULACION	M255		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
14/2/2025	12:00	FANNY		VASQUEZ		SOLORZANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310630817							

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

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA