

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		A	1300396072												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
MANTUANO	RIVERA		MARIA		SILVIA		F	3/11/1943	82.	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN											
988732431																		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.																
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.												
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.												
						4. Equipos en mal estado.												
						5. Problemas de infraestructura.												
						6. Problemas de abastecimiento.												X
						7. Insuficiencia de profesionales.												X
						8. Inadecuada capacidad resolutive												X
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios												X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES, NO REFIERE ALERGIAS. ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR, EDEMA, Y CALOR A NIVEL DE ARTICULACIONES DE LOS HOMBROS. POSTERIOR A CAIDA DE SU PROPIA ALTURA EN SU DOMICILIO, MISMO QUE DIFICULTAD LA EXTENSION DE LOS MIEMBROS SUPERIORES, Y LIMITAD SU ACTIVIDAD DIARIA FAMILIAR REFIERE QUE AH TOMADO VARIOS ANALGESICOS QUE NO HAN MEJORADO EL CUADRO CLINICO ANTES MENCIONADO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

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

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/2/2025	11:00	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

1.		CIE	PRE	DEF	4.		CIE	PRE	DEF
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