

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	1300396072												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)							
VERA		FAUBLA		MARTA		MARIA LUCIA		F	13/12/1963	61.	H	D	M	A				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN												
988732431				X														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO																
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.												
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios												

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 61 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON CONVERSAL 10MG VO QD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE HACE 15 AÑOS ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON INSULINA GLARDINA 20 UI AM Y 7 UI PM, ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS, TIBIOFEMORAL Y ACROMIOCLAVICULAR, MISMAS QUE AL EXAMEN FISICO EVIDENCIA DOLOR, Y EDEMA DE LAS MISMAS. LIMITANDO SU MOVILIDAD

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