

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	1300921036						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VILLAMAR	SOLORZANO	BELLA	MARIA	F	16/03/1945	80	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
981434917		X	MOTIVO							
/		1. Accesibilidad geográfica.								
		2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.						
				5. Problemas de infraestructura.						
				6. Problemas de abastecimiento.						
				7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive						
				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	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GERIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR DE 80 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA EN TTO CON EXFORGE HCT 5mg/160mg/25mg, INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA (VARICES SIN ULCERAS) DISCAPACIDAD FÍSICA POR DISMOVILIDAD 46% SECUNDARIO A POLIARTROSIS, OSTEOPOROSIS CERVICO - DORSO LUMBAR, + RADICULOPATIA CERVICAL Y LUMBOCIATALGIA, POR LA RADICULOPATIA EL DOLOR EN ESCALA EVA: 08/10, GENERANDO ALTERACIÓN EN LA MARCHA CON NECESIDAD DE BASTÓN, ESCALA BARTHEL 70/100 CON DEPENDENCIA MODERADA. SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES Y TRATAMIENTO MEDICO POR RIESGO CV A 10 AÑOS: (ALTO)..SE INDICA SIMVASTATINA E I/C.- GERIATRIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADICULOPATIA EL DOLOR EN ESCALA EVA: 08/10, GENERANDO ALTERACIÓN EN LA MARCHA CON NECESIDAD DE BASTÓN, ESCALA BARTHEL 70/100 CON DEPENDENCIA MODERADA.

Hb: 12gr/dl.- **Creatinina: 1.2mg/dl.**

Al rastreo ecografico: higado de tamaño y ecogenicidad normal, vesicula biliar con paredes finas y sin litos riñones normotopicos con tamaño levemente disminuida la relacion corticomedular y bordes un poco irregulares..

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X	4. HIPERTENSION SECUNDARIA A OTROS TRASTORNOS RENALES	I151	X	
2. INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	I872		X	5.			
3. HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	X		6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/10/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		