

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1301140743							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	SABANDO		PASTORA		BERNARDITA		F	18/11/1940	85	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0986915599-0990443902		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
								X					
								X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	CIRUGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 84 AÑOS DE EDAD, CON APP DE DISCAPACIDAD FISICA DEL 57%, HTA EN TTO CON LOSARTAN 100 MG VO QD + AMLODIPINO 10 MG VO QD PM. ARTROSIS. APF DMII HERMANOS Y PADRE, HERMANO DE CA BUCAL. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS: DOLONEUROBION, DOLOCURAFLEX. ALERGIAS NO REFIERE. APQ NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MEDICO, REFIERE PCIENTE QUE PRESENTA DOLOR DE GRAN INTENSIDAD EN EN TODAS LAS ARTICULACIONE SOBRE TODO EN HOMBROS Y EN REGION CERVICAL MEDICO REUMATOLOGO INDICO TRATAMieto CON FISIOTERAPIA CON D DE ESPONDILARTROSIS, ARTROSIS DE CADERA BILATERAL Y GANARTROSIS. ADEMAS REFIERE PRESENTA SENSACION DE MICCIONAR POR PARTES, Y TAMBIEN FUGA DE ORINA. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE PRESENTA HERNIA INGUINAL MUY PROMINENTE. SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR CIRUGIA., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/02/19	16:00	YOLANDA	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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			SELLO	