

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         | 1302146798                       |  | 1302146798                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO    |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CEDEÑO                                |  | ZAMBRANO            |                          | MARIA                            |           | ATENAYS                          |  | F                                                       | 28/11/1952       | 72   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA   |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                       |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| 0984946920 - 0986381411               |  | Afiliado Voluntario |                          | X                                |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                     |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | MOTIVO                           |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                     |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 6. Problemas de abastecimiento.  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN              |                          | PARROQUIA                        |           | X                                |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA             |                          | TOSAGUA                          |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                     |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                     |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                          |  |                  |  |               |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|---------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD  |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL NAPOELON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | TRAUMATOLOGIA |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA VERAPAMILLO 80mg UNA TABLETA AL DIA, DM TIPO II CON TTO CON METFORMINA 500mg UNA TABLETA AL DIA, HIPOTIROIDISMO CON TTO CON EUTIROX 100mg UNA TABLETA LUNES A JUEVES Y EUTIROX 50mg UNA TABLETA DE VIERNES A DOMINGO, REFIERE DOLOR EN RODILLAS SOBRETOD0 EN LADO DERECHO QUE SE EXACERBA EN LAS NOCHES, DESPUES DE REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS SE ENVIA A SU SERVICIO PARA MEJOR VALORACION ESPECIALIZADA.

LABORATORIO: COMPLEMENTARIOS: Fecha: 23/01/2025. MOVA LAB. Glicemia: 199 mg/dl, Creatinina: 0.79 mg/dl, ASTO: Negativo, FR: Negativo, PCR: Negativo

Rx de RODILLAS: DISMINUCION DE LOS ESPACIOS INTERARTICULARES, SIGNOS DE ARTROSIS.

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                 |      |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                                 | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL | M170 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.                                 |                                 |      |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.                                 |                                 |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 29/01/2025                            | 11.00 am        | JUAN JOSÉ     |  | ZAMBRANO        |  | PINLAY           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1310509771                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |  |     |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|--|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |