

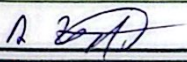
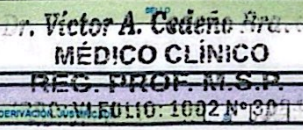
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																																	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																									
MSP		1410	HBAGA		B	1302505068		1302505068																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD																								
MUNOZ		SALVATIERRA		NELLY		ELIZABETH	F	33 06 1995	69																								
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																									
					☒	☐		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		H	D	M	A				X																
H	D	M	A																														
			X																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO																												
<table border="1"> <tr> <td>PROVINCIA</td> <td>CANTÓN</td> <td>PARROQUIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA				<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Equipo en mal estado.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Insuficiencia capacidad resolutoria.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td> <td></td> </tr> </table>					1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipo en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Insuficiencia capacidad resolutoria.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																															
1. Accesibilidad geográfica.																																	
2. Falta de espacio físico.																																	
3. Falta de equipamiento.																																	
4. Equipo en mal estado.																																	
5. Problemas de infraestructura.																																	
6. Problemas de abastecimiento.																																	
7. Insuficiencia de profesionales.																																	
8. Insuficiencia 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		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINO DE 69 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR DOLOR INTENSO CRÓNICA EN RODILLAS QUE DIFICULTA DEAMBULACIÓN ACONPAÑADO DE EDEMA POR LO QUE REQUIERE DE SU VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO			
1. GONARTROSIS	CE	PRE	DEF
	M179	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2024-11-11	11:7H	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1302656473					

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	TIPOLOGÍA	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 TERAPEÚTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO			
1.	CE	PRE	DEF

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	