

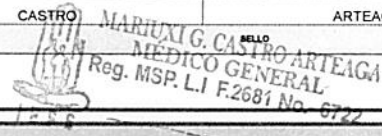
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
ISS			ISS CHONE			1303222499		536688	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	EDAD
CUSIME		CEDENO		MANUELA		CARMEN		F	74
								CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
								H D M A	
				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN			
				MOTIVO					
				1. Accesibilidad geográfica					
				2. Falta de espacio físico					
				3. Falta de equipamiento					
				4. Equipos en mal estado					
				5. Problemas de infraestructura					
				6. Problemas de abastecimiento					
				7. Insuficiencia de profesionales					
				8. Inadecuada capacidad resolutiva					
				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	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		REUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PCTE DE 74 AÑOS DOLOR POLIARTICULAR MAS MANIFIESTA INTERFALANGICAS MANOS MUÑECAS RODILLAS TOBILLOS
CALAMBRES PESADEZ PARESTESIAS MIEMBROS INFERIORES
RIGIDEZ MATINAL ROCE ARTICULAR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE+PRESENTIVO	DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA			M150	X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/04/2025	10:00	MARIUXI	CASTRO	ARTEAGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1308625951		 		

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+PRESENTIVO	DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

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