

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		1270	CS. LA ESTANCILLA	A	1303503609								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO		VELEZ		GLENDA		JACQUELINE	F	18/02/1961	63	H	D	M	A
												3	22
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
986039247													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI		TOSAGUA		LA ESTANCILLA									

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 resolutive
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA ACUDE A CONSULTA POR REFERIR DOLOR EN LA CADERA DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION SE REALIZO UNA DESINTOMETRIA OSEA CON RESULTADS DE OSTEOPENIA EN CADERA DE 1.0 Y CADERA 2.5

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DENSITOMETRIA OSEA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	(OSTEO)ARTROSIS EROSIVA	M154		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/01/2025	13:00:00	ORLANDO	ALVAREZ	VARGAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
803149673				

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	