

ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II		1303677239			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Vega		Velasquez		Esterlinde			
NÚM. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		PROVINCIA		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN	
0992459005		lanabí		Flavio Alfaro		Flavio Alfaro	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
HSP						Reumatología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
 Paciente femenina de 61 años de edad que acude a consulta solicitando renovación de referencia para continuar su tratamiento con reumatología por esclerosis sistémica en tratamiento hace 5 años. Actualmente en tratamiento con Buprenorfina parche dérmico, metotrexato 4 tabletas a la semana, ácido 1mg una tableta al día.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
 Ya solicitados

E. DIAGNÓSTICO		PRI	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Esclerosis sistémica no especificada						
2							
3							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	Juan		Cedeno		Flores	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		Sello		Sello	
0912634516		[Firma]		[Sello]		[Sello]	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN		REFERENCIA JUSTIFICADA		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
		SI NO		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		PRI	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		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		Sello		Sello	

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA