

FN = 19-01-1952

CT 130370833-1

## 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                                  | 2812                       | HOSPITAL GENERAL SANTA DOMINGO | 2 NIVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                             |                   |
| PRIMER APELLIDO                      | SEGUNDO APELLIDO           | TERCER APELLIDO                | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                     |                   |
| Correa                               | Ruiz                       | Flora                          | 13/01/1952                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A |                   |
| Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                            |                                | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DERIVACIÓN                                                                                                  |                   |
| 09391376680                          |                            |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                     |                   |
| PROVINCIA                            | LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL | PARROQUIA                      | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                   |
| La Alameda del Ciego                 |                            |                                | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>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 | ESPECIALIDAD |
| MSP                     |                          | Reumatología |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

pac. con dolor poliarticular, sin limitación funcional. Fue diagnóstico hace 03 años con (A.R.).

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ANA neg; Anti CCP < 8 (neg);

| E. DIAGNÓSTICO |  | PRE-PRESUNTIVO | DEF. DEFINITIVO | CE | PRE | DEF | CE | PRE | DEF |
|----------------|--|----------------|-----------------|----|-----|-----|----|-----|-----|
| 1.             |  |                |                 |    |     |     |    |     |     |
| 2.             |  |                |                 |    |     |     |    |     |     |
| 3.             |  |                |                 |    |     |     |    |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                         |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                           | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |                                                         |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | SELO                                                    |                 |                  |
| 1759514035                            |              | Dr. Rafael Peñaola<br>Médico - Internista<br>1759514035 |                 |                  |

## 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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## F. DIAGNÓSTICO

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE-PRESUNTIVO | DEF. DEFINITIVO | CE | PRE | DEF | CE | 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         |                 | SELO             |
|                                       |              |               |                 |                  |