

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1303825531								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOREIRA				BARBARA		DEL PILAR		F	08/05/1944	80	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0990852424		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
								X						
								X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR.NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		REUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR CON APP DE HTA CONTROLADA CON BISOPROLOL 2.5mg (CORBIS) Y TELMISARTAN 80mg/12.5mg (MICARDIS), AL MOMENTO ESTABLE SIN EVDIENCIA DE COMPLICACIONES EN SU CONDICIÓN DE SALUD.AL MOMENTO ACUDE CON DOLOR ARTICULAR A PREDOMINIO EN LAS MAÑANA, EDEMA DE ARTICULACIONES, Y DIFICULTAD PARA REALIAZRA ACTIVIDADES DIARIAS. SOLICITO LABORATORIOS ANTICCP, AMERITA VALORACIÓN POR ESPECILIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SOLICITO LABORATORIOS ANTICCP,

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/02/26	10..00	Yolanda		Cedeño		Cedeño	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA			
1311762940				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952			

G.EVALUACIÓNELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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			

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA