

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			CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1303854093		1303854093							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MARCILLO		ZAMBRANO		JOSE		ISRAEL		M	02/08/44	80	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0998350997				X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO									
				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.									
				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.									
				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive									
				5. Problemas de infraestructura		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										X	
MANABÍ		BOJIVAR		CALCETA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HOMBRE DE 80 AÑOS DE EDAD / ACV HACE 4 AÑOS/ CON APP ARTROSIS DE CADERA IZQUIERDA DEGENERATIVA. DE 4 AÑOS DE EVOLUCION. REFIERE DOLOR DE EVA 10/10 Y CON DIFICULTAD AL DEAMBULAR- USA UN APOYO NO ORTOPÉDICO (PALO DE ESCOBA) PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CON RX DE CADERA BILATERAL SE APRECIA PERDIDA DE ESPACIO INTERARTICULAR DE CABEZA DE FEMUR CON ACETABULO SEGUN CLASIFICACION DE TONNIS GRADO 4

E. DIAGNÓSTICO

1.	M167 OTRAS COXARTROSIS SECUNDARIAS	M167	PRE	DEF	X	4.						
2.						5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
19/03/25		11:00:00		GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO	
1310605587									

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

1.			PRE	DEF	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	