

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	1304138140		1304138140					
		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
										H	D	M	A
OLMEDO			ZOILA		MARIANA		M	1304138140	61				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0967790613		GENERAL		X				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					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	BOLIVAR	CALCETA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR, POLIARTROSIS EN MANOS, HOMBROS, RODILLAS Y CADERAS EN TRATAMIENTO POR REUMATOLOGO, ACUDE SOLA, REFIRIENDO CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN ARTICULACIONES DE HOMBROS, CODOS Y MUÑECA, DOLOR Y DEFORMIDAD EN ARTICULACION DE DEDOS DE LA MANO Y DE LOS PIES CON NODULOS DE HERBEDEN Y BOUCHARD, ADEMAS PRESENTA DOLOR DE TIPO QUEMANTE Y PUNZANTE EN COLUMNA LUMBAR CON PREDOMINIO EN MOMENTOS DE REALIZAR ACTIVIDADES DE QUEHACERES DOMESTICOS, NO MEJORA EN SU TOTALIDAD EN REPOSO Y DISMINUYE POCO CON ANALGESIA. NO PRESENTA ANEXO 002.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			M159	X		4.		X	
2.				X		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2024/10/01	10.20	Verny Danilo		Cedeño		Alvarado	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1312050659						MEDICO CALIFICADOR DE DISCAPACIDADES REG. SENESCYT: 1009-2017-1841439	

G.EVALUACIÓN DELA 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	

