

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
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS			HOSPITAL BASICO CHONE				1304148057 558166		950117
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
ANDRADE	VERA	ZOILA		GALBARINA MARIA	F	28-08-1959	66	H	D
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN					
983134972				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI	CHONE	SANTA RITA	3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutoria					
			4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			
			5. Problemas de infraestructura.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
HSP	M. NAPOLEON D.	Consulta Externa	REUMATOLOGIA (CE)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD CON APP DE LUPUS QUE EL DIA DE HOY SE VALORA REFIERE DOLOR POLIARTICULAR DE LARGA ADEMAS DE RIGIDEZ MATINAL MAS INFLAMACION CRONICA QUE LLEVA TTO MEDICO CON REUMATOLOGIA EL DIA DE HOY REFIERE QUE NO MEJORA SU CUADRO A PESAR DE TTO MEDICO CON AINES MAS CORTICOIDES POR LO QUE SE DECIDE TTO MEDICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
nada señalar	

E. DIAGNÓSTICO					
				PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION				CIE	PRE
				M329	X
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2026-07-07 14:07			GRACIA CEDEÑO LUIS HERNAN		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	SELLO	
0803156108					
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO					
				PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO
				CIE	PRE
					DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	SELLO	
Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento	
Otros	Otros	Otros		val 001	