

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		hospital Natalia Huerta Niemes		1304575432	1304575432						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MACAY		LOURDES	ISABEL	F	25/02/67	57	H	D	M	A	
		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	N						
0989744440				MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	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

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente femenina de 57 años de edad, acude con síntomas de 2 meses de evolucion con cefalea y cervicalgia + dorsalagia, con limitacion de los movimientos que no cede a analgésicos convencionales. Antecedentes personales: hipertension arterial de larga data. Antecedentes quirurgicos: histerectomia hace 2 años. al momento manifiesta que persisten los síntomas descritos+ malestar general. Se sugiere valoración y tratamiento de especialidad.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX: actitud escoliotica cervical, espondilo artrosis de columna cervical. Espondiloartrosis de columna dorsal

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA		M419		X			
3. OTRAS ESPONDILOPATIAS ESPECIFICADAS		M488		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/02/10	10H00		CUADRADO	GAMBOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Firmado electrónicamente por: RUTH ALEJANDRINA CUADRADO GAMBOA		SELLO	
910337450				

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	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.							
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		SELLO	