

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1304632837		1304632837							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LOOR		ROSADO		ANGEL		AGUSTIN		M	02/02/1966	59	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO							
988567593								1. Accesibilidad geográfica.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								2. Falta de espacio físico.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				3. Falta de equipamiento.							
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO				4. Equipos en mal estado.							
									5. Problemas de infraestructura.						
									6. Problemas de abastecimiento.						
									7. Insuficiencia de profesionales.						
									8. Inadecuada capacidad resolutive						X
									9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO MASCULINO . APP DE ARTROSIS DE RODILLAS . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR AL CAMINAR CON DIFICULTAD QUE NO CEDE AL TOMAR ANALGÉSICOS . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . CP CON EDEMAS Y DOLOR EN ARTICULACIONES . SIGNOS VITALES P/A 126/87 MMHG T°36 SAT97% FC74X RESPIRACIÓN 19 X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR REUMATOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ARTROSIS DE LAS RODILLAS.	M17		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
09/12/2025	8am	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA					

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.				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	