

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE - JUNIN		TIPO C	1304758327									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ANDRADE		PISCO		HEYDA		MARGARITA		F	07/06/1954	71	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0968976211		MSP	CALLE VICENTE MENDOZA POR LA IGLESIA		X				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA						8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI		JUNIN		JUNIN						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		REUMATOLOGIA.	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL DE FORMA PARTICULAR, VALORAMOS A PACIENTE QUE VIENE POR INTERCONSULTA DESDE MEDICINA GENERAL A MEDICINA FAMILIAR PARA VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD, PRESENTA ARTRALGIAS Y DOLOR DE RODILLA DE LARGA DATA EN AMBAS RODILLAS HA LLEVADO TRATAMIENTOS DE DIFERENTES TIPOS PERO NO HA MOSTRADO MEJORIA CLINICA, POR LA POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO INDICADO SE DECIDE REFERIR.

E. DIAGNOSTICO

	PREF PRESUNTIVO	DEF DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA		M159		X	4.			
2.						5.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/11/27	10:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1309015111						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/DERIVACION

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI	NO

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PREF PRESUNTIVO	DEF DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			

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	