

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	1304830795									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
											H	D	M	A	
CEDEÑO		LOOR		CARMEN		MARIA		F	15/07/1965	59				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
0986383630		NO													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
 PACIENTE CON APP DE AR SEROPOSITIVA, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS CONTROLADA CON LOSARTAN TABLETA DE 100 MG MAS AMLODIPINO 10 MG DIA.Y METFORMINA DE 500mg 1 DIARIA RESPECTIVAMENTE, PACIENTE APARENTEMENTE ESTABLE. RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO, FILTRADO GLOMERULAR DE 93.2 ML/MIN, SE INDICA ESTATINAS, EKG YA REALIZADO DENTRO DE LIMITES NORMALES, SEGUIMIENTO POR NUTRICION, INTERCONSULTO CON PSICOLOGIA, RECOMIENDO PENVENCION Y CONTROL ODONTOLOGICO, BRINDO GUIAS ANTICIPATORIAS.AL MOMENTO PACINEET ADEMAS REQUIERE REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION			M059		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/12/11	11:20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
CONTRA REFERENCIA					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	