

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			1411	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1304930074							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
PANTA		DELGADO		SONIA		FATIMA		M	15/05/1961	63				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA			DERIVACIÓN		X				
981172898														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		ROCAFUERTE		SOSOTE										
					1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
					2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
					3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
					4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutoria			X			
					5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X			

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

PACIENTE DE 54 AÑOS QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN ARTICULACIONES PEQUEÑAS, QUE LUEGO SE EXTIENDE EN RODILLA IZQUIERDA CAUSANDO DIFICULTAD A LA MOVILIDAD

HEMOGLOBINA 13,6 HEMATOCRITO: 42,2 PLAQUETAS 225
--

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	POLIARTRITIS NO ESPECIFICADA			M120		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/01/2025	11:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310630817				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	