

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
1421		HOSPITAL BANCO CHONE		1305231670		10442			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO		DUEÑAS		DEVADORA		DULCEPURA		F	21/06/1996
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
1 Accesibilidad geográfica				2 Falta de espacio físico		3 Falta de equipamiento		4 Equipo en mal estado	
5 Problemas de infraestructura				6 Problemas de abastecimiento		7 Insuficiencia de profesionales		8 Inadecuada capacidad resolutoria	
				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	
CONSULTA EXTERNA		REUMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE ACUDE POR POLIARTRALGIAS DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD, REFIERE MEJORA CLÍNICA.	
SOLICITA ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIA PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO. REFIERE MEJORA CLÍNICA.	
AL EXAMEN FÍSICO: CP: RÍTMICO NO SOPLOS MV CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES	
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS NO EDEMAS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO	
1.	PRE-PRESUNTIVO
2.	DEFINITIVO
3.	DEFINITIVO
POLIARTROPATÍA INFLAMATORIO	
M084	
X	
4.	
5.	
6.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
19/12/2024	14H30	CARLOS	MUÑOZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLA	
1306403930		Dr. Carlos Muñoz Santana	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO
1.	2.
3.	4.
	5.
	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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLA	