

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HBAGA		B	1305257139		1305257139		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	
CEDENO				FRANCISCA		MARGARITA	F	14/11/1962	62	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN				
0984488225					X	I				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO					
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.					
MANABI	BOLIVAR		CALCETA		2. Falta de espacio físico.					
					3. Falta de equipamiento.					
					4. Equipos en mal estado.					
					5. Problemas de infraestructura.					
					6. Problemas de abastecimiento.					
					7. Insuficiencia de profesionales.					
					8. Inadecuada capacidad resolutiva					
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS TIPO II CON TRATAMIENTO LA CUAL ACUDE POR PRESENTAR DOLOR A NIVELM DE LA COLUMNA LUMBOSACRA CON DOLOR EN LAS ARTICULACIONES DE LAS MANOS Y DE AMBAS RODILLA MAS HINCHAZON EN COCASIONES ENROJECIMIENTO Y LIGERA RIGIDEZ AH LLEVADO DIFERENTE TIPOS DE TRATAMIENTO SIN RESPUESTA FAVORABLE POR LO QUE DECIDO VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF															
ARTRITIS REMATOIDEA NO ESPECIFICADA		M069	X		4.														
					5.														
					6.														

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-29	09H00	MARCO	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

5. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF															
					4.														
					5.														
					6.														

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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