

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	
MSP			DISTRITO 13 DE		R	1305274134		1305274134	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Cedeño	Dominguez		Aura		F	05/01/1967	58	☐ N ☐ D ☐ M ☐ A	
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		
985444201			X				☒ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA						
MANABÍ	BOLASAR		CALCETA						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		C. EXTERNA	REUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
ATENCIÓN PREVIA POR REUMATOLOGO, ESTE SUGIERE SEGUIMIENTO OCN EXAMENES Y RADIOLOGÍA, AL MOMENTO TOMA PIASCLEDINE 300 MG QD, OSTEOLASTOL CADA DIA, ALENDRONATO SODICO 70 MG CADA SEMANA, FEMORAL AMPOLLA CADA 3 MESES	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO	
PRE- PRESUNTIVO 1. POLIARTROPATIA INFLAMATORIA 2. 3.	DEF. DEFINITIVO CIE M054 PRE X DEF 4. 5. 6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd) 08/09/2025 HORA (hh:mm) 900 NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308408135	PRIMER NOMBRE JOSE PRIMER APELLIDO PINOARGOTE SEGUNDO APELLIDO MENENDEZ FORMA JOSE PINOARGOTE M

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA SI ☐ NO ☐	DERIVACIÓN JUSTIFICADA SI ☐ NO ☐
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	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 1. 2. 3.	DEF. DEFINITIVO CIE PRE DEF 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) NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FORMA SELLO