

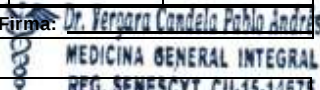
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO		CHICHANDA		HECTOR BELARMINO		15	11	1957	67	H
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria			N° Telefonico	
Ecuatoriana	Ecuador	1305291856	13	1311	131150	VIA A TARUGO			0995853287 - 0979338522	
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia				convencional/celular	

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		1305291856		SAN SEBASTIAN		CS		13D08		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Reumatología		03	12	2024
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutive		1	X	Saturacion de capacidad insta		4				
Ausencia temporal del profesion		2		Otros / Especifique:		5				
Falta de profesional		3		Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD, REFIERE DOLOR POLOARTICULAR DE VARIOS MESES DE EVOLUCION QUE NO CEDE AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL, AFECTANDO MAS LAS ARTICULACIONES DE MIEMBROS INFERIORES LO CUAL LE AFECTA LA MARCHA Y SUS ACTIVIDADES DIARIAS POR TAL MOTIVO SE REFIERE A ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
5. Diagnostico										
						CIE-10	PRE	DEF		
1	ARTRITIS NO ESPECIFICADA					M139	X			
2										
Nombre del Profesional: Pablo Vergara						Codigo MSP: 1312051574		Firma: 		

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio			
Contrareferio o Referencia inversa a:								Fecha					
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia		Mes		Año	
2. Resumen del cuadro clinico													
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos													
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados													
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa													
						CIE-10	PRE	DEF					
1													
2													
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad													
Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____													
MSP/DNEAIS/form.053						7. Referencia Justificada							