

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                                   | 1246              | CS. TOSAGUA              | C                                   | 1305825539                       | 1305825539               |                                                                                                                                                                        |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO         | EDAD                                                                                                                                                                   | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VERGARA                               | PINTO             | FRELLA                   | DOMITILA                            | F                                | 27/03/1967               | 59                                                                                                                                                                     | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA               | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN                       | <input type="checkbox"/> | MOTIVO                                                                                                                                                                 |                         |   |   |   |
| 0995807483 / 0993345706               |                   |                          |                                     |                                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |                         |   |   |   |
| /                                     |                   |                          |                                     |                                  |                          | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                |                                     |                                  |                          |                                                                                                                                                                        |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                  |                                     |                                  |                          |                                                                                                                                                                        |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | REUMATOLOGIA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 59 AÑOS QUIEN ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA A REUMATOLOGIA... POR DOLORES OSTEOARTICULARES DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN  
REFIERE QUE FUE ATENDIDA POR MEDICO PARTICULAR DONDE LE DIERON AINES COMO MELOXICAM Y DEFLAZACORT...  
TAMBIEN TRAE EX. DEL AÑO ANTERIOR DONDE EL FACTOR REUMATOIDEO ESTABA NORMAL...  
PERO ACTUAMENTE CON RESULTADOS DE PCR. 12MG/DL.- FR: 16 ( LIGERAMENTE ELEVADO) VSG: 38 , Y ANTI CCP: 29 ( LIGERAMENTE ELEVADO)  
TAMBIEN REFIERE QUER LA SEMANA ANTERIOR ESTUVO CON IVU...? ( ES PROBABLE QUE LOS MARCADORES REACTANTES DE LA FASE AGUDA SE HAYAN ELEVADO POR LA IVU..?)  
POR ELLO SE INDICA TRATAMIENTO PARA LA OSTEOARTROSIS SE I/C.- CON FISIOTERAPIA Y REUMATOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ACTUAMENTE CON RESULTADOS DE PCR. 12MG/DL.- FR: 16 ( LIGERAMENTE ELEVADO) VSG: 38 , Y ANTI CCP: 29 ( LIGERAMENTE ELEVADO)

E. DIAGNÓSTICOS

|                                   | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |                                                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|------------|------------|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| 1 (OSTEO)ARTROSIS EROSIVA         | M154   | X          |            | 4 POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA                          | M159   |     | X   |
| 2 GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL | M170   |            | X          | 5 ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICA | M059   | X   |     |
| 3 CERVICALGIA                     | M542   |            | X          | 6                                                        |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |               |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)  | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 14/04/2026                            | 4:00:00 p. m. | LUIS ABEL       | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA         | SELLO           |                 |                  |
| 1803403326                            |               | MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | 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 | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. |                 |                 |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2. |                 |                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                 |                 |     |     |     | 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 | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |