

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		1410	SC PICHINCHA		A	1306069996		1306069996			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CHAVEZ		MENENDEZ		PEDRO		BENITO		M	09/07/1961	63	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0989311607 // 0968515935				X				☒ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 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 resolutoria ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL ANIBAL GONZALEZ AVILA	CONSULTA EXTERNA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD C ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDES PREDNISONA HACE 3 AÑOS DE 5MG CADA DÍA PARA CONTROL DON DOLOR EN ARTICULACIONES PIERDE CONTROL DE ESPECIALISTA AL EXAMEN FISICO PRESENTA DEFORMACION EN FALANGES DE AMBAS MANO Y PIES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA			M069	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/03/2025		EDGARDO	ALAY	MERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310535131				

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

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