

Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0992037039

REFERENCIA

DERIVACIÓN

MOTIVO

- ☐ 6 Problemas de abastecimiento
- ☐ 7 Insuficiencia de profesionales
- ☐ 8 Inadecuada capacidad resolutoria
- ☒ 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

PARROQUIA

San Antonio

San Antonio

- ☐ 1 Accesibilidad geográfica
- ☐ 2 Falta de espacio físico
- ☐ 3 Falta de equipamiento
- ☐ 4 Equipos en mal estado
- ☐ 5 Problemas de infraestructura

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. Exterior

ESPECIALIDAD

Tratamiento

ESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 72 años, la cual refiere de Dolores articulares de larga data, sin antecedentes Agudos. Refiere 5 años con Artritis reumatoide.

ALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

no disponibles

DIAGNÓSTICO

Artritis de Rodetters.

DEF. DEFINITIVO

1/1/17

PRE

X

DEF

X

DEF

X

ACTOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

(dd/mm/aa)

HORA

(hh:mm)

10/11/2015 10:00

PRIMER NOMBRE

Dr. Melchior

PRIMER APELLIDO

Briones

SEGUNDO APELLIDO

Casta

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1308265592

Dr. MELCHIOR BRIONES C.
MEDICO CIRUJANO
Reg. Sanecyte 1004-13-1216667

VALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

ACTOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICODIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

ESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO

DEF. DEFINITIVO

DEF

PRE

DEF

DEF

PRE

DEF

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

ACTOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

(dd/mm/aa)

HORA

(hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

Firma

SELLO