

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1306100882							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALMEIDA	ACOSTA		DOLORES		ELENA	F	27/3/1953	73	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0- 99 203 7039					☒	☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
					3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria		☒			
					4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒			
					5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO FEMENINO DE 73 AÑOS APP HTA DM2 CONTROLADA. CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR MAS DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN POR DOLOR ARTICULAR EN RODILLAS MANOS Y PIES , QUE DIFICULTAN LA DEAMBULACIÓN NORMAL Y AFECTA LA CALIDA DE VIDA . EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OSTEOARTRITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO.	M19.9		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/05/2026	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1312022369	DR ROMULO MUÑOZ			

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	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	