

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	
I.E.S.S.		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1306252444		527095	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
FALCÓN		PAZMINO		PAGO		FLORENTINO	F	29/01/1969	56
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		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 resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
MAJARI	CHONE			☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 56 AÑOS QUE ACUDE CON POLIARTRALGIAS DE LARGA DATA SOLICITA TRANSFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD EN TRATAMIENTO NO ESPECIFICADO CON FRANCA MEJORIA CLINICA AL EXAMEN FISICO CP. RITMICO NO SOPLOS MV CONSERVADO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMAS	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO	
1. POLIARTROPATIA INFLAMATORIA	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO
	CIE PRE DEF
	M064 X
	4. 5. 6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
13/03/2025	14H30
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER NOMBRE
1306403930	CARLOS
	PRIMER APELLIDO
	MUÑOZ
	SEGUNDO APELLIDO
	SANTANA
FIRMA: <i>Carlos Muñoz</i> BELLO: Dr. Carlos Muñoz Santana MEDICO CIRUJANO Pediatría - Medicina General Cod. Col. Med. # 1706	

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

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 DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1. PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE PRE DEF
	4. 5. 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)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER NOMBRE
	PRIMER APELLIDO
	SEGUNDO APELLIDO
	FIRMA
	BELLO

