

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1306277201	NÚMERO DE ARCHIVO 1306277201
PRIMER APELLIDO NAPA	SEGUNDO APELLIDO MERO	PRIMER NOMBRE CARMITA DEL	SEGUNDO NOMBRE JESUS	SEXO	FECHA NACIMIENTO
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL 963390799		REFERENCIA X		DERIVACIÓN MOTIVO	
PROVINCIA MANABI	CANTON FALVIO ALFARO	PARROQUIA FLAVIO ALFARO	1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura		
CONDICIÓN EDAD MARCAR			5. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la carrera de servicios		

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL GENERAL CHONE	SERVICIO CONSULTA EXTERNA	ESPECIALIDAD REUMATOLOGIA
--------------------------------	--	------------------------------	------------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PAZIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD CON APP ARTRITIS REUMATOIDEA Y GONOARTROSIS
 PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 11 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLORS ARTICULARES GENERALIZADO
 REALIZADO MAS EN LA ESPALDA CUELLO Y EXTREMIDADES ADEMAS REFIERE EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES QUE IMPIDE DEAMBULACION NORMAL
 MAS REFIERE FALTA DE SUEÑO, CANSANCIO, NAUSEAS, TRATADA CON MEDICAMENTOS CONVENCIONELES
 CUAL NO VE MEJORIA CLINICA
 GENERALMENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO

hallazgos RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX SIGNOS DEGENERATIVOS A PREDOMINIO DE MANOS - RODILLAS Y COL LUMBOSACRA

DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSIS SECUANDARIA BILATERAL		M059		X			
ARTRITIS REMATOIDEA, SEROPOSITIVA SIN OTRA ESPECIFICACI		M174		X			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA 7/23/2026	HORA 10:00	PRIMER NOMBRE GEORGE	PRIMER APELLIDO CUSME	SEGUNDO APELLIDO MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312195694		FIRMA 		

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

hallazgos RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		