

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1338	CENTRO DE SALUD RESBALON	A	1306508399							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMORA	ZAMORA		RAMONA		ARACELY	F	22/6/1968	56.	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
993264382		IESS CAMPESINO				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						6. Problemas de abastecimiento.		X				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.		X				
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100MG VO QD, DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON METFORMINA 500MG VO QD, ANTECEDENTES FAMILIARES DE HERMANOS CON CA DE ESTOMAGO, PADRES CON DEMENCIA SENIL ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 8 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLORES ARTICULARES EN RODILLA Y CADERA PACIENTE MENCIONA QUE HACE 48 AÑOS EMPEZO DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA SIN TRATAMIENTO ALGUNO, LUEGO DE ESTA AH VENIDO EVOLUCIONANDO CON LA RODILLA CONTRALATERAL Y CADERA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	4.	5.	6.	CIE	PRE	DEF
				M259		X						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/12/2024	10:00	KERLY	ZAMBRANO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311854960				

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

1.	2.	3.	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	4.	5.	6.	CIE	PRE	DEF

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

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA