

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		1245	CENTRO DE SALUD DR CARLOS MORALES		C	1306543586		1306543586	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAP)
LAAZ		BERMEO		MARIA		M	17/02/1989	55	H O M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN ☐			
0939520144				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.					
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.					
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.					
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.					
MANABI				5. Problemas de infraestructura.					
JUNIN				6. Problemas de abastecimiento.					
JUNIN				7. Insuficiencia de profesionales.					
				8. Inadecuada capacidad resolutiva.					
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
ADULTA SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SIN ALERGIAS CIRUGIA HACE 20 AÑOS POR CESAREA. AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR SIN CAUSA APARENTE DOLOR DE GRAN INTENSIDAD EN REGION DE PLANTA DE PIE DERECHO DE MAS MENOS UN AÑO DE EVOLUCION QUE SE EXACERBA AL DEAMBULAR Y A LA MARCHA A PESAR DE AINES NO MEJORA, SE UTILIZA CORTICOIDE IV CON MEJORIA ESCASA, HA REALIZADO EJERCICIOS EN CASA SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION Y MANEJO DE ESPECIALIDAD PARA SALVO MEJOR CRITERIO TERAPIA FISICA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS PLANTAR			M722		X			
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-06	12H00	MARGARITA SALOME	QUIROZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1309650404				

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	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.									
2.									
3.									

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		SELLO		
				