

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		1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1306891258		1306891258						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CHAVEZ		LOOR		MARIANA		TRINIDAD	M	1971-06-11	54	H	D	M	A
													X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0993120082				1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
				5. Problemas de infraestructura.				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 DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA		CONSULTA EXTERNA		FISIATRÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD CON APP DE DM2 EN TTO CON METFORMINA DE 850 VO QD, ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS EN TTO Y SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA EN HOSPITAL DE CHONE, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO PO DOLOR EN ARTICULACIONES DE MODERADA INTENSIDAD 6/10 EN ESCALA DE EVA, PROPIO DE SU PATOLOGIA DE BASE. ADEMAS PACIENTE REFIERE ESTAR EN TRÁMITES PARA CARNET DE DISCAPACIDAD, EN DONDE LE SOLICITAN PRUEBA DE GONIOMETRIA PARA VALORACIÓN DE RANGOS DE MOVIMIENTO, DE SECUELAS EN CODOS Y HOMBROS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DOLOR A LA MOVILIDAD Y DEDO EN GARRA EN DEDO ANULAR DE LA MANO DERECHA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ÁLGICA A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES Y PREDOMINIO EN EXTREMIDADES SUPERIORES, SE REALIZA REFERENCIA PARA FISIATRÍA POR INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DOLOR A LA MOVILIDAD Y DEDO EN GARRA EN DEDO ANULAR DE LA MANO DERECHA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X	4.			
2.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		X	5.			
3.	DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E119		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026-03-03	08:30:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	