

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	
MSP		001271	San Bartolo		C5-A	1306999580			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Maños		Rendón		Carmen		Marisol		F	20-04-1971
VIA TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
0986973024		1302		130250		☒ 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 resolutoria ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA	CANTÓN								
13	1302								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. Dr. Napoleón Dantla C.	Consulta Externa	Reumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Adulta media con antecedentes patológicos personales de Fiebre Reumática + Hipertensión arterial + Hipotiroidismo con manifestaciones cutáneas purpúricas, poliartralgia y alza térmica esporádica.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									

E. DIAGNÓSTICO											
PRE- PRESUNTIVO				DEF- DEFINITIVO		CE		PRE		DEF	
Fiebre Reumática con compromiso de otros órganos o sistemas				MOS3		X					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA	NOMBRE (Apellido)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
13/11/2023	Salomé	Quiroz	Giler		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELA	
1309650404				 Dra. Salomé Quiroz Giler Especialista Medicina Familiar y Comunitaria Código: MSP. 1309650404	

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

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

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											
PRE- PRESUNTIVO				DEF- DEFINITIVO		CE		PRE		DEF	

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA	NOMBRE (Apellido)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA		SELA			