

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			CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1307061182		1307061182								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LOOR		ZAMBRANO		RITA		ESMILDA		F	21/10/67	57	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0990661810															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO							
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.							
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA								8. Inadecuada capacidad resolutive	
MANABI				BOLIVAR		CALCETA								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
				4. Equipos en mal estado.										X	
				5. Problemas de infraestructura.											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		REUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 57 AÑOS CON APP DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON METROTEXATO 2.5MG + PREDNISONA 10MG, APQX NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, ULTIMO CONTROL CON REUMATOLOGIA HACE 3 MESES, AL MOMENTO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD EN MANOS Y REFIERE MANTENER ARTRALGIAS MODERADAS DIARIAMENTE POR MOTIVO DE NO CONTAR CON MEDICACION HABITUAL, ACUDE PARA SOLICITANDO REFERENCIA A ESPECIALIDAD EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DONDE REALIZA CONTROLES TRIMESTRALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTO REGULAR CON METROTEXATO 2.5MG + PREDNISONA 10MG

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION		M059		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
28/11/24	8:00:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
------------------------	--	----	----	------------------------	--	----	----

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐