

# 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                                   |   | 1410                         | HBAGA                    |                                 | B         | 1307293306                       |  | 1307293306                                                                                                                  |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                       |   | SEGUNDO APELLIDO             |                          | PRIMER NOMBRE                   |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                        | FECHA NACIMIENTO |   |   |   |   |  |  |  |   |
| VELEZ                                 |   | RAMÍREZ                      |                          | ROSA                            |           | ALVITA                           |  | F                                                                                                                           | 21/8/1955        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |   | REFERENCIA                   |                          | X                               |           | DERIVACIÓN                       |  | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                                     |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 0983677524                            |   |                              |                          |                                 |           |                                  |  | <table> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> |                  | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                     | D | M                            | A                        |                                 |           |                                  |  |                                                                                                                             |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                       |   |                              | X                        |                                 |           |                                  |  |                                                                                                                             |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |   | 1. Accesibilidad geográfica. |                          | 6. Problemas de abastecimiento. |           |                                  |  |                                                                                                                             |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PROVINCIA                             |   | CANTÓN                       |                          | PARROQUIA                       |           | 2. Falta de espacio físico.      |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                                                                                          |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
| MANABI                                |   | BOLIVAR                      |                          | CALCETA                         |           | 3. Falta de equipamiento.        |  | 8. Inadecuada capacidad resolutiva.                                                                                         |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                       |   |                              |                          |                                 |           | 4. Equipos en mal estado.        |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.                                                                    |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                       |   |                              |                          |                                 |           | 5. Problemas de infraestructura. |  |                                                                                                                             |                  |   |   |   |   |  |  |  |   |

# B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                            |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|----------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL M NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | REUMATOLOGIA |  |

# C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

FEMENINA DE 70 AÑOS DE EDAD APP ARTRITIS, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE EL DIA DE HOY POR REFERIR DOLOR INTENSO DE ARTICULACIONES QUIEN ESTUVO EN CONTROL CON REUMATOLOGIA EN CHONE EN TRATAMIENTO CON GABAPENTIN300MG, PIASCLELINE 300MG, ACUDE EL DIA DE HOY REQUIRIENDO RENOVACION DE CONTROL CON ESPECIALIDAD.

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.

\*SIGNOS VITALES\*:  
 PA: 120/80  
 FC: 89 LXM  
 FR: 20RXM  
 TEMP: 36.7  
 SATO2: 99% AA

# E. DIAGNOSTICO

| 1.                                   | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
|--------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |

# F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                     |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                       | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-12-19                            | 10:00        | MARCO                                                                               | AZUA            | CEDEÑO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                               |                 |                  |
| 1311550667                            |              |  |                 |                  |

# 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 | 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 CLINICO

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

# E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

# F. DIAGNOSTICO

| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |

# 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            |
|                                       |              |               |                 |                  |