

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																					
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1307349520		1307349520																					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
LOOR	PATÍÑO	ISABEL DEL		CARMEN	M	04/07/1954	70	<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																									
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN																							
0993168644		SEGURO CAMPESINO		X																								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO																										
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive.</td><td>X</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive.	X	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		5. Problemas de infraestructura.			
1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.																										
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.																										
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive.	X																									
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																										
5. Problemas de infraestructura.																												
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA																										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR DE 70 AÑOS CON ANTECEDENTES DE POLIARTRITIS NO ESPECIFICADA EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA EN HOSPITAL DE CHONE ACUDE POR PRESENTAR EDEMA DOLOR Y TUMEFACCION A NIVEL DE RODILLAS (BILATERAL) Y DIFICULTAD DE MOVIMIENTOS A NIVEL DE TRONCO, SE ADMINISTRAN AINES SIN EVIDENCIAR MEJORIA EN CUADRO CLINICO, SE SOLICITA REVALORACION Y CONTROL POR REUMATOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	POLIARTRITIS NO ESPECIFICADA	M130		X	4.			
2.	GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL	M170			5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/11/2024	11:26:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309637757			DISTRITO DE SANTIAGO 3012 Félix Humberto Giler MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2022-2414983 Dr. ESPECIALISTA EN REG. SENECSYT: 1027	

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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	