

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
ESS		ESS CHONE		1307458378	571460
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD
CEDEÑO	ARTEAGA	FREYA	MARIA	F	26/12/1973
CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
				H	D
				M	A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	MOTIVO		
MANABI	CHONE	CHONE	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		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL INFILTRON GARCIA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PCTE DE 51 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR DOLOR POLIARTICULAR MAS MANIFIESTO INTERFALANGICAS MANOS MUÑECA RODILLAS TOBILLOS RIGIDEZ MATINAL ROCE ARTICULAR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150	X				
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/08/2025	10:00	MARIUXI	CASTRO	ARTEAGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLLO		
1308625951		MARIUXI G. CASTRO ARTEAGA MEDICO GENERAL REG. MSP. L.1 P.266.13.70722		

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS
F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.						
2.						
3.						

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		SELLLO		