MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

## 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 | 1246 | C. S TOSAGUA | TIPO C | 1307762946 | |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MOREIRA | VITERI | RAUL | ARTURO | H | 27/08/1977 | 48 | | | | X |

| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA |
|---|---|
| 0995133689 | NO |

| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL | | |
|---|---|---|
| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA |
| MANABI | TOSAGUA | TOSAGUA |

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

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 resolutiva [X]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [X]

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

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD |
|---|---|---|---|
| MSP | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA | C. EXTERNA | TRAUMATOLOGIA |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG DIA, CLORTALIDONA 12.5MG DIA, AMLODIPINO 10 MG DIA, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN LA HORA DE MICCIÓN, PACIENTE MANIFIESTA QUE EXPERIMENTA DOLOR AL COITO, Y QUE EL SE MUEVE UN CALCULO EN EL TRAYECTO DE LA URETRA, PACIENTE FUE VALORADO Y PROGRAMADO PARA PROCEDIMIENTO EN VALORACIÓN CARDIOLOGICA RESULTO CON CIFRAS DE TENSIÓN ALTERADAS, REPORTO LABORATORIOS QUE TRAE CONSIGO. FILTRADO GLOMERULAR DE 63.9 ML/MIN POR CKD-EPI. PACIENTE REFIERE ADEMAS DOLOR EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA TRAS LESION MUSCULAR. FACILITO REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF | | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | CAPSULITIS ADHESIVA DEL HOMBRO | M750 | X | | 4. | | | | |
| 2. | DOLOR EN ARTICULACION | M255 | X | | 5. | | | | |
| 3. | | | | | 6. | | | | |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| 2026/02/20 | 10..00 | Yolanda | Cedeño | Cedeño |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | SELLO |
|---|---|---|
| 1311762940 | Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO Validar únicamente con FirmaEC | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952 |

## G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÒN

| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI | | NO | | | DERIVACIÒNJUSTIFICADA | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | 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. | | | | | 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 |
|---|---|---|
| | | |