

# 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 |
| HES                                   |                  | 1421          | HOSPITAL BASICO ESS CHONE                                                                                                                                                                                                                                                            |                          | 1307988715                          | 599013            |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEXO                     | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD              |
| HEALGO                                | ANDRADE          | LEONARDA      | CONITA                                                                                                                                                                                                                                                                               | F                        | 05/11/1976                          | 48                |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REFERENCIA               | DERIVACIÓN                          |                   |
|                                       |                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MOTIVO                   |                                     |                   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARRQUIA      | <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutoria<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                          |                                     |                   |
| MANABI                                | CHONE            | CHONE         |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                     |                   |

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

|                         |                          |              |              |
|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO     | ESPECIALIDAD |
|                         |                          | REUMATOLOGIA | REUMATOLOGIA |

# C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 48 años de edad, acude a consulta por dolor difuso, en gran parte del cuerpo. (cuello, el hombro, la columna lumbar etc. Sensación de quemazón, molestia o desazón. espasmos musculares. falta de sueño, estrés. dolor y rigidez que empeoran por la mañana, dolor en los músculos que se utilizan de forma repetitiva. Ocasionalmente rigidez generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de hinchazón mal delimitada en manos y pies. hormigueos poco definidos de forma difusa sobre todo a las manos. refiere además cansancio que se mantiene durante todo el día. Dolor en region s: Occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, unión condrocostal de la segunda costilla, epicóndilo, gluteo, trocanter mayor, rodilla

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

rx no se observa lesion osea

# E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRESUNTIVO | DEF-DEFINITIVO | CI   | PRE | DEF |
|----------------|----------------|------|-----|-----|
| 1.             | FIBROMIALGIA   | M797 |     | X   |
| 2.             |                |      |     |     |
| 3.             |                |      |     |     |

# F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                   |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                     | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 19/08/2025                            | 14:06        | GEORGE                                                                            | RODRIGUEZ       | PELAEZ           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                             |                 |                  |
| CU-15-12228                           |              |  |                 |                  |

# 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 | CI | 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 |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |              |               |                 |                  |