

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	CS. TOSAGUA		C	1308202348								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SANCHEZ		RAMIREZ		MARIA		AGUSTINA		F	26/08/1974	51	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
987503221 / 0989876560				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.				
MANABÍ				TOSAGUA		TOSAGUA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				
								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 G. DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"		CONSULTA EXTERNA		FISIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA 51 AÑOS CON APP: ARTRITIS REUMATOIDEA DIAGNOSTICADA HACE 24 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGO EN TTO CON PREDNISONA 10 MG QD VO, METROTEXATO 20 MG SEMANAL. METFORMINA DE 500 MG QD. ACIDO FOLICO TAB 5MG VO QD, COMPLEJO B. PREGABALINA+ AMITRIPTILINA Y ALENDROMNATO SÓDICO AHORA ACUDE PARA RETIRO DE MEDICACION Y SOLICITA REFERENCIA A FISIATRIA PARA VALORACIÓN DE DISACAPACIDAD...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPositiva, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X	4. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Z736	X	
2. ARTROSIS SECUNDARIA MULTIPLE	M153		X	5.			
3. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	E119		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
30/10/2025	12.00	LUIS ABEL		MARTINEZ		CASTRO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO		
1803403326					MEDICO FAMILIAR		

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		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		