

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	1308202348					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SÁNCHEZ	RAMÍREZ	MARÍA	AGUSTINA	F	26/08/1974	51	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0989876560 / 0987503221		☒	☐							
		MOTIVO								
		1. Accesibilidad geográfica.		☐						
		2. Falta de espacio físico.		☐						
		3. Falta de equipamiento.		☐						
		4. Equipos en mal estado.		☐						
		5. Problemas de infraestructura.		☒						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL G. "Dr. VERDI CEVALLOS BALDA"	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA 51 AÑOS CON APP: ARTRITIS REUMATOIDEA DIAGNOSTICADA HACE 24 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR REUMATÓLOGO EN TTO CON PREDNISONA 10 MG QD VO, METROTEXATO 20 MG SEMANAL. METFORMINA DE 500 MG QD. ÁCIDO FOLICO TAB 5MG VO QD, COMPLEJO B. PREGABALINA+ AMITRIPTILINA Y ALENDRONATOSÓDICO AHORA ACUDE PARA RETIRO DE MEDICACIÓN (NO HAY EN EL CENTRO DE SALUD)Y SOLICITA REFERENCIA A REUMATOLOGÍA Y FISIATRÍA PARA VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD..

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FISICO: SE OBSERVA AUMENTO DE VOLUMEN ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS CON DESVIACIÓN HACIA AFUERA (MANOS EN GARRA)...

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
28/11/2025	4:00:00 p. m.	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		