

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA M.S.P.	UNICÓDIGO 1297	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C-5 Florio Alfaro	TIPOLOGÍA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1309670816	NÚMERO DE ARCHIVO 1309670816
PRIMER APELLIDO Pernameta	SEGUNDO APELLIDO Conforme	PRIMER NOMBRE Eleana	SEGUNDO NOMBRE Mercedes	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 13/01/1950
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0990403477		REFERENCIA		DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Florio Alfaro	CANTÓN Florio Alfaro	MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☐		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA M.S.P.	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Napateca Dpto. C.	SERVICIO Consulta externa	ESPECIALIDAD Reumatología
-----------------------------------	--	------------------------------	------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años de edad, APP. anterior tratado con prednisona, metotrexato, ibuprofeno, alergia no refiere, Alox no refiere, envía a unidad operativa refiriendo APP. ante metotrexato, en control con reumatología en Hospital Napateca Dpto. Cordero, solicita referencia para próximo control.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

N/A

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO	DEFINICIÓN	CE	PFE	DSF	CE	PFE	DSF
1. Artritis, no especificada	M199			X			
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2024-12-06	HORA (hh-mm) 10:10	PRIMER NOMBRE Dr. Jimmy	PRIMER APELLIDO Anchundia	SEGUNDO APELLIDO Belgado
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1313596668		FIRMA 		

MEDICO CIRUJANO
C.I. 1313596668
Reg. Senescyt 1015-2024-2908809

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-PRONÓSTICO	DEFINICIÓN	CE	PFE	DSF	CE	PFE	DSF
1.							
2.							

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