

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	
IESS		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1309675070		552270	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
ORDÓÑEZ		CORNEJO		JUANA		NEIX		F	24/06/1978
Nº TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
						X		H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento	
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				2. Falta de espacio físico				7. Insuficiencia de profesionales	
MANABI CHONE CHONE				3. Falta de equipamiento				8. Inadecuada capacidad resolutiva	
				4. Equipos en mal estado				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
				5. Problemas de infraestructura				VALORACIÓN Y TRATAMIENTO POR REUMATOLOGÍA	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP		HCC	CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			REUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
FEMENINA, DE OCUPACION AUXILIAR DE COCINA. ACUDE A LA CONSULTA PARA CONTROL DE PATOLOGIA CRONICA. REFIERE QUE A PRESENTADO CAIDA DE CABELLO, ACOMPAÑADO DE CEFALEA CONTINUA, DOLORS ARTICULARES Y MIALGIAS, ADEMAS LE RUBOR EN ARTICULACIONES DE MANO Y DEDOS. ACTUALEMNTE CONTINUA CON TRATAMIENTO INDICADO POR MEDICO ESPECIALISTA HACE VARIOS MESES SIN EMBARGO PRESENTA REAGUDIZACION DE PATOLOGIA. MENCIONA QUE TIENE PENDIENTE CONTROL CON ESPECIALISTA DE REUMATOLOGIA DEBIDO A FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TURNO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LEUCOCITOS..... 3.81 HEMOGLOBINA..... 13.5 HEMATOCRITO..... 40.6 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO..... 89.4 CONCEN MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)..... 29.7 CONC. CORP. MEDIA HEMOG (MCHC)..... 33.3 VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO..... 10.0 PLAQUETAS..... 127 RECuento DE GLOBULOS ROJOS..... 4.54 MONOCITOS %..... 5.2 LINFOCITOS %..... 15.2 NEUTROFILOS %..... 79.6 BASOFILOS %..... 0.0 CLORO - CL..... 102.00 SODIO - NA..... 139.00 POTASIO - K..... 3.90

E. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE- PRESUNTIVO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO</td> <td>M329</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1.	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	M329		X	2.					3.				
PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																
1.	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	M329		X																
2.																				
3.																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/08/2025	12:00	MARIA	ARTEAGA	ZAMBRANO
MT1315196 <i>[Firma]</i> <i>[Firma]</i> Dr. María Piedad Arteaga Zambrano MÉDICA CIRUJANA SPECIALISTA MEDICINA DEL TRABAJO 100 N°: 297				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN		
REFERENCIA 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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE- PRESUNTIVO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1.					2.					3.				
PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	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