

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	
E31			E31 CHONE			1310180187		840878	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	EDAD
MENECZA		QUINCOZ		KAREN		JULIANA		F	43
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MANABI		CHONE		CHONE		☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		☐ H ☐ D ☐ M ☐ A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO		REFERENCIA		☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9		☐ 10 ☐ 11 ☐ 12	
690879702		1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura		X		☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐ 10 ☐ 11 ☐ 12	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PCTE DE 43 AÑOS REFIERE DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD A NIVEL DE REGION CERVICAL PARESTESIAS DISESTESIAS MIEMBROS SUPERIORES	
RIGIDEZ MATINAL ROCE ARTICULAR	
DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD REGION LUMBOSACRA	
MIALGIAS	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE+PRESENTIVO	DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.	OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA			M150	X	
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
03/06/2025	10:00	MARIUXI	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO	
1308625951		ARTEAGA	
FIRMADO: 			
REGISTRO: MARIUXI G. CASTRO ARTEAGA MÉDICO GENERAL Reg. MSP. LI F.2681 No.- 6722			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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+PRESENTIVO	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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA		SELLO	

