

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					
MSP		1245	CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES		C	1311712341			1311712341					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SALTOS		PALMA		LOURDES		MONCERRATE		F	8/11/1985	40	H	D	M	
													A	
													X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA				DERIVACIÓN						
988326123				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutoria						
MANABI				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
JUNIN								X						
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		REUMATOLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPositIVO DESDE HACE 11 AÑOS EN TRATAMIENTO CON METOTREXATE 0.7 MG SEMANAL ACIDO FOLICO 5 MG VO QD VITAMINA D (HIDROFEROL) AL MOMENTO REFIERE RIGIDEZ MATUTINA EN MANOS DOLOR EDEMA DE ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS, CON LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS, FATIGA, DEBILIDAD GENERALIZADA.														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS SEROPositIVAS	M058		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
08/01/2026		11H00		MARGARITA SALOME		QUIROZ		GILER						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						
1309650404														
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 CLINICO														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO 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						