

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO SOCIAL CAMPESSINO

No. Encuesta: 880671

No. Cédula: 1309104774

Nombres: MUÑOZ SANCHEZ LEODAN JOVANNY

Dispensario: DESCANZO DE LOS

Organización: FACUNDÓ

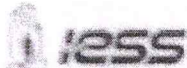
Fecha Ingreso: 2006/10/01

[Signature]

f) Representante Seguro Social Campesino

2015/05/07

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO SOCIAL CAMPESSINO
CREDENCIAL: JEFE COTIZANTE

Firma o Huella: *[Signature]*
Beneficiario

[Signature]

f) Representante Organización Campesina

IDENTIFICACION BASICA

PROFESION / OCUPACION
QUEHACER DOMESTICOS

E1343H222

APellidos y Nombres del Padre
OLMEDO FRANCISCO AMABLE

Apellidos y Nombres de la Madre
ORDONEZ ORDONEZ MERCEDES

Lugar y Fecha de Expedición
CHONE
2014-08-28

Fecha de Expiración
2024-08-28

[Signature] *Mayra Omedo O.*

REPUBLICA DEL ECUADOR
DIRECCION GENERAL DE REGISTRAL
IDENTIFICACION Y CREDENCIAL



131222104-5

CIUDADANIA
MAYRA OLMEDO ORDONEZ
MAYRA CECILIA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
MANABI
FLAVIO ALFARO
FLAVIO ALFARO

FECHA DE NACIMIENTO: 1984-11-22
NACIONALIDAD: ECUATORIANA
SEXO: F
ESTADO CIVIL: SOLTERA



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1314

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL BASICO SAN ANDRES

TIPOLOGIA

II

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1312022369

NÚMERO DE ARCHIVO

1312022369

PRIMER APELLIDO

OLMEDO

SEGUNDO APELLIDO

ORDÓÑEZ

PRIMER NOMBRE

MAYRA

SEGUNDO NOMBRE

CECILIA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

22/11/1984

EDAD

40

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

986442326

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

FLAVIO ALFARO

PARROQUIA

FLAVIO ALFARO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Hospital Napoléon Davila Cordoba

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

REUMATOLOGIA

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: HTA HACE 1 AÑOS. APF MAMÁ Y PAPÁ HTA. MOTIVO DE CONSULTA ACUDE POR DOLOR . ARTICULAR CRÓNICO GENERALIZADO DE MAS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN . REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA . AL MOMENTO EXÁMEN FÍSICO FEBRIL , CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO . CSPS CLAROS VENTILADOS , RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO : PRESIÓN ARTERIAL 137/90 PULSO CARDÍACO 85x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x' SATURACIÓN 98% AL AMBIENTE.

PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR REUMATOLOGIA.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOCITOS #6.38X10@

NEUTROFILO %* 78.0

HEMOGLOBINA %12.6

TRIGLICÉRIDOS MG/DL140

5. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

POLI ARTRITIS SIN ESPECIFICAR

M130

X

4.

POLIARTRITIS SIN ESPECIFICAR

M130

X

5.

6.

6. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

8/11/2024

HORA (hh:mm)

9:00

PRIMER NOMBRE

RÓMULO

PRIMER APELLIDO

MUÑOZ

SEGUNDO APELLIDO

MOREIRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1312022369

FIRMA

RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA



ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA

7. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

8. 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

9. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

10. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

11. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

12. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

13. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

4.

5.

6.

14. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

15. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA