A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1248	CENTRO DE SALUD CHONE	C	1312225137	----

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
MOREIRA	SANTANA	ANGELA	GABRIELA	M	22/3/1987	37				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)
0980961233

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	DIRECION
MANABI	CHONE	EL VERGEL

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

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 resolutiva [X]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [ ]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR GONALGIA BILATERAL, MAS EDEMA QUE LIMITA LA MARCHA Y FUNCIONALIDAD, PACIENTE QUE REFIERE QUE DICHA MOLESTA ES DE LARGA DATA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170	X		4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/10/2024	11:00:00	ANA JULIA	SORNOZA	MENDOZA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1311651622	Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA

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	TIPOLOGIA	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= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
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