

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                                                                                                                                                                                                       |
| MSP                                   | 1246              | CS. TOSAGUA              | C              | 1314170406                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | EDAD                                                                                                                                                      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                                                                                                                                 |
| LOOR                                  | CORDOVA           | ANGIE                    | PAOLA          | F 27/05/2007 17                                                                                                                                           | H D M A X                                                                                                                                                                                                               |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA               | DERIVACIÓN     | MOTIVO                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                         |
| 0979396415 / 0985474934               | MSP               | X                        |                | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.<br>10. FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN. |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   |                          |                |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                |                |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                  |                |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVILA" | CONSULTA EXTERNA | REUMATOLOGÍA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE FEMENINA DE 17 AÑOS QUIEN ACUDE POR DOLORES DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES EN LOS PIES, LOS TOBILLOS Y LAS MANOS...

AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS, SE CONSTATA AUMENTO DE VOLUMEN EN ARTICULACIONES DEL TOBILLO E INTERFALANGICAS DE LAS MANOS.

POR ELLO SE INDICA EX. DE LAB. E I/C. CON REUMATOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AUMENTO DE VOLUMEN EN ARTICULACIONES DEL TOBILLO E INTERFALANGICAS DE LAS MANOS.

MUCOSAS HIPOCROMICAS.

E. DIAGNÓSTICOS

|                             | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
| 1 ARTRITIS, NO ESPECIFICADA | M139   |            | X          | 4 |        |     |     |
| 2 ANEMIA (PARA ESTUDIO)     | D649   |            | X          | 5 |        |     |     |
| 3                           |        |            |            | 6 |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                                                                                    |                                              |                 |                  |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)                                                                       | PRIMER NOMBRE                                | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 07/08/2024                            | 12.00                                                                              | LUIS ABEL                                    | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                              | SELLO                                        |                 |                  |
| 1803403326                            |  | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO<br>MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

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. |     |     |     |
| 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |