MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN	TIPO C	1315432045	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
VARGAS	CEVALLOS	JACINTA	GUADALUPE	F	16/08/1999	25				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	DIRECCION
0987866063-WHATSAPP 0978878507- WHATSAPP	MSP	EL GUASMO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	JUNIN	JUNIN

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
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS SE REALIZA VALORACION POR PRESENTAR MIOPATIA INFLAMATORIA EN CONTROL CON REUMATOLOGÍA QUE HA PERDIDO EL SEGUIMIENTO HACE 1 AÑO PORQUE ESPECIALISTA LE INDICO QUE NO TENIAN DIAGNOSTICO ESTABLECIDO PRESENTA ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y MOVILIDAD QUE UTILIZA UN ANDADOR PARA PODER CAMINAR, PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES, ESTABLE, PERTINENTES NEGATIVOS: NIEGA FIEBRE, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA CEFALEA, NIEGA VÓMITOS, NIEGA EDEMA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	MIOPATIA INFLAMATORIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	G724		X					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/07/16	11:00	ANGELICA MARIA	MERA	REYNA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1309015111	Firmado electrónicamente por: ANGELICA MARIA MERA REYNA Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				

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