

|                                       |         |                  |                          |               |                                                         |                                  |      |                   |      |
|---------------------------------------|---------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|------|-------------------|------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |         | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |               | TIPOLOGIA                                               | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |      | NÚMERO DE ARCHIVO |      |
| MSP                                   |         | 1410             | HAGA                     |               | B                                                       | 1316547718                       |      | 1316547718        |      |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE |                                                         | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO | FECHA NACIMIENTO  | EDAD |
| GANCHOZO                              |         | VERA             |                          | MARCELO       |                                                         | RAFAEL                           | H    | 27/02/2011        | 13   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         |                  |                          |               | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN                       |      |                   |      |
| 0993830747                            |         |                  |                          |               | X                                                       |                                  |      |                   |      |
| 1. Accesibilidad geográfica           |         |                  |                          |               | MOTIVO                                                  |                                  |      |                   |      |
| 2. Falta de espacio físico.           |         |                  |                          |               | 6. Problemas de abastecimiento                          |                                  |      |                   |      |
| 3. Falta de equipamiento.             |         |                  |                          |               | 7. Insuficiencia de profesionales                       |                                  |      |                   |      |
| 4. Equipos en mal estado.             |         |                  |                          |               | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                                  |      |                   |      |
| 5. Problemas de infraestructura.      |         |                  |                          |               | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |      |                   |      |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA        |                          |               |                                                         |                                  |      |                   |      |
| MANABI                                | BOLIVAR | CALCETA          |                          |               |                                                         |                                  |      |                   |      |

#### B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|                         |                          | CONSULTA EXTERNA | REUMATOLOGIA |

#### CUADRO CLINICO

Se trata de paciente de 13 años de edad a Ud por presentar un cuadro clínico de 28 días de evolución caracterizada por dolor a nivel de cadera de lado derecho de inicio súbito con antecedente de caída hace 3 meses pero que no causó incapacidad funcional madre refiere que desde q inició el cuadro clínico del dolor se acompañó de fiebre y cefalea que cedió a los 5 días sin recibir tratamiento adecuado pero el dolor se ha acentuado y persiste causa en la actualidad limitación funcional no moviliza la cadera al intentar hacerlo causar dolor de gran intensidad 8/10 con fuerza muscular escala 2/5 e hipersensibilidad en área comprometida y circuncrita, NO HAY CAMBIOS DE COLORACION EN TEJIDOS BLANDOS, ESCALA EVA 8/10 ESCALA C DANIELS 2

SIGNOS VITALES: PA: 125/67 SATO 99% - FC 89- FR 18 T 36.1- PACIENTE CONSCIENTE GLASGOW 15/15

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HGB: 12,2 HCT: 37 PLAQUETAS: 337,000 GB: 13,38 SEG: 65%

#### E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRESUNTIVO                 | DEF. DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE |
|--------------------------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|
| 1. ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL |                 | M080 |     | X   |     |     |
| 2.                             |                 |      |     |     |     |     |
| 3.                             |                 |      |     |     |     |     |

#### F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024/NOV/ 20                          | 9:50         | JULISSA        | PICO            | ANCHUNDIA        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA          |                 |                  |
| 1313245348                            |              | <i>[Firma]</i> |                 |                  |

#### G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |   |    |                        |    |   |    |
|------------------------|----|---|----|------------------------|----|---|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | X | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | X | 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 |
|----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             |                 |     |     |     |     |     |
| 2.             |                 |     |     |     |     |     |
| 3.             |                 |     |     |     |     |     |

#### 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            |
|                                       |              |               |                 |                  |