

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1245	CENTRO DE SALUD CAPS MORALES LOCKE	C	1355679557	1355679557
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
INTRIAGO	LOOR	MARIA	ALICIA	M	11/05/2004
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO	
		X		☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de equipo técnico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Evidencia en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad reactiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISHUA			
MANABI	JUNIN	JUNIN			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA CON CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ARTICULAR INTENSO ACOMPAÑADO DE NODULOS Y MIALGIAS GENERALIZADAS, LLAMA LA ATENCION LIGERA DEFORMACION DE LOS DEDOS INDICE Y MEDIO DE AMBAS MANOS, SE SOLICITA ATENCION DE ESPECIALIDAD

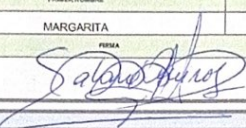
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PUNTO GATILLO POSITIVO

E. DIAGNÓSTICO

PRE-EXISTENTE	DEF. DEFINITIVA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	M135	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-11-22	11:00	MARGARITA	QUIROZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1309650404				

Dra. Salome Quiroz Giler
Especialista Medicina Familiar y Comunitaria
Codigo: MSP: 1309650404

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-EXISTENTE	DEF. DEFINITIVA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

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

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		