

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	1410	HBAGA	B	1350925242	1350925242
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
SOLORZANO	SEGOVIA	CLAUDIA	ESTEFANIA	M	28/12/1996
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDA (MARCAR)	
0982736722		X		H	D
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO		M	A
PROVINCIA	CANTÓN	1. Accesibilidad geográfica:		6. Problemas de abastecimiento:	
MANABI	BOLIVAR	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria	
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
		5. Problemas de infraestructura:			

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 DE 29 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE EN VARIAS OCASIONES PRESENTAR DOLOR A NIVEL DE LA ARTICULACIONES DE LA MANO Y RODILLA LEVE EDEMA CALOR RIGIDEZ ESPECIALMENTE POR LA MAÑANA AH RECIBIDO DIFERENTES TIPO DE TRATAMIENTO SIN RESPUESTA FAVORABLE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA NO ESPECIFICADA		M069	X	

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA NO ESPECIFICADA		M069	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-12	11H	MARCO	LAZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311550667				

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	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

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF

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

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINIDO	CIE	PRE	DEF

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		