

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: MSP UNICÓDIGO: HGSD ESTABLECIMIENTO DE SALUD: II TIPOLOGÍA: 1705162160 NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 1705162160 NÚMERO DE ARCHIVO: 1705162160

PRIMER APELLIDO: Bottoquier SEGUNDO APELLIDO: Dumes PRIMER NOMBRE: Margarita SEXO: F. FECHA NACIMIENTO: 03/10/57 EDADES: H D M A

NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0966632414 / 0969598104

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: Los Ríos CANTÓN: Quevedo PROVINCIA: Quevedo

REFERENCIA: y DERIVACIÓN: MOTIVO: 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Insuficiencia de capacidad reactiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Consulta externa ESPECIALIDAD: Reumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 67 años con comorbilidad al momento presenta cuadro clínico de más o menos 5 meses caracterizado por edema en miembros inferiores y a nivel de cara. Además refiere en su historia clínica haber padecido por algunos episodios y se define cuadro por diferente inmunología en exámenes laboratoriales.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ANA 1/320 Anti Ro 5200

E. DIAGNÓSTICO

1. Síndrome de Sjögren M35 X
2. Enfermedad mixta de tipo M35.1 X
3. Cansancio

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: 2024/12/02 HORA: 09:00 PRIMERO APELLIDO: Yanina SEGUNDO APELLIDO: Champano

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1310280548

Dr. Yanina Champano
MEDICINA INTERNA
CÉDULA: 1027-2016-1694365
IDM: 1310280548

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

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: HORA: PRIMERO APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: SELLO: