

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		2812	HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO		2	1714048152			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
LUCANO		ROSETO		MARIA		FANNY		F	06/01/1959
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MAR)	
0999548291-023742422				X				H D M	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento			
SANTO DOMINGO	SANTO DOMINGO	EL PROLETARIADO		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				X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON HTA + ARTRITIS REUMATOIDEA + HIPOTIROIDISMO + GONARTROSIS RODILLA IZQUIERDA EN TRATAMIENTO CON ALENDRONATO SEMANAL PREDNISONA 2.5 MG DIARIO + METOTREXATE 15 MG SEMANAL AZATIOPRINA 50 MG DIARIO + CALCIO DIARIO + ACIDO FOLICO LT4 100 UG DIARIO ALOPURINOL 150 MG DIARIO AMLODIPINO 5 MG DIARIO. PACIENTE QUE MANTIENE DOLOR ARTICULAR. DEFORMIDAD CON DESVIACION CUBITAL LIMITACION FUNCIONAL MUÑECAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRI	DEF		CIE	PRI
1.	ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION		M059	X		4.		
2.						5.		
3.						6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/02/2025		ASTRID	VILLACIS	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1715321129				

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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRI	DEF		CIE	PRI	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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