

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	1268	CS Agua Fria	A	1720613916	1720613916				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (SARCA)		
Zambrano	Cervillos	Yulisa	Epissela	M	17-03-87	38			
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0988045772						☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISHA							
Morona	Junin	Junin							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hosp. Napoleon Duran C.	consulta. Extern.	Reumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente femenina de 38 años de edad con Appde. dolor articular de rodillas (bilateral) con predominancia del dolor en rodilla derecha. al momento Paciente refiere dolor a la actividad en exceso y al flexionar la articulación y actividades como bailar, saltar y otras actividades.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PA 113/70. Peso 67.4. Batida: 156 cnts. MC 27.70. FC 72. Temp. 36.5. PC 72 Lx1 Sat 98%.

E. DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. Gonorrea no especificada								
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	FIRMA	SELO
03-03-20	14:00	Luz Mendo.	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			
130427826			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
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)	FIRMA	SELO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			