

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	4443	CS ROCAFUERTE	B	1755422993						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
BRAVO	AGUIRRE	SHEYLA	ANAHI	F	26/12/2001	22				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
0994693465/0995508358	MSP		☒	☐	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 resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD CON APP DE ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA TRATADO CON HIDROXICLOROQUINA 200 MG VO QD POR 90 DIAS + PREDNISONA 5MG VO QD POR 30 DIAS + ETORICOXIB 120 MG VO QD POR 5 DIAS, ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD CON MAYOR FRECUENCIA EN DEDOS DE LA MANO, CODO Y COLUMNA IMPOSIBILITANDO ACTIVIDADES DIARIAS ADEMAS REFIERE QUE AL PRESENTAR MOVIMIENTO DOLOR SE FOCALIZA EN CADERAS, HACIENDO DIFICULTOSA LA DEAMBULACION.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO 0.60 U/ML

ANA HEP 2 IFI (ANTI CELULARES) POSITIVO 1:160 PATRON AC-4

ERITROSEDIMENTACION 60 (30.00) PCR 0.68 TGO 15 TGP 17

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/02/2025	14:30	SAMUEL	MIRANDA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1316178936				

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	TIPOLOGIA	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	PRE	DEF		CIE	PRE	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		