

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE			TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		2351399221	2351399221
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Fierro	Mora	Juan	David	M	09/11/67
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0981198813				N D M A	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISIA	MOTIVO		
			☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			SERVICIO	ESPECIALIDAD	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			Consulta externa	Reumatología	
RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO					
Paciente de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, que presenta dolor articular en las articulaciones de las manos y rodillas, con rigidez matutina y disminución de la movilidad.					
HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS					
DIAGNÓSTICO					
Artritis reumatoide					
PREV. PRESORTIVO					
CIE					
PRB					
DEP					
4.					
5.					
6.					
DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA		HORA		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO	
CONTRAREFERENCIA		SI		NO	
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	
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	
FECHA (aaaa-mm-dd)					
RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO					
HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS					
TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS					
DIAGNÓSTICO					
PREV. PRESORTIVO					
CIE					
PRB					
DEP					
4.					
5.					
6.					
TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE					
DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA		HORA		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMA		SELLO			