



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		001414	Materno Infantil Carlos Morales Locke		CS	1305808410													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Velez		Ormaza		Maria		Yolanda		M	12-07-1967	57	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0996540439				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13		1307		130750		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											
				5. Problemas de infraestructura.															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Reumatologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA DE LARGA DATA Q UELLEVA TRATAMIENTO HABITUAL Y ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DIAGNOSTICADA HACE APROXIMADAMENTE 17 AÑOS POSTERIOR A LA REALIZACIONDE UN SINNUMERO DE EXAMENES Y EVALUACIONES MEDICAS- PRESENTA SECUELAS EN EXTREMIDADES E INFERIORES. CON DOLOR CRONICOPOLIARTICULAR QUE HAN LLEVADO A LA LIMITACION FUNCIONAL DE VARIAS ARTICULACIONES E IMPIDEN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDACOTIDIANA HASTA EL CUIDADO PERSONAL. ACUDE ACOMPAÑADA DE FAMILIAR (HIJO)- MENCIONA QUE DESDE HACE YA VARIOS AÑOS PRESENTA DEFORMIDADEN ZONAS DE CARPO- INTERFALANGICAS DE DEDOS DE MANOS Y EN CODOS QUE DAN COMO CONSECUENCIA LIMITACIONES FUNCIONALES DE AQUELLASARTICULACIONES- EN MIEMBROS INFERIORES EMPIEZA LA DEFORMIDAD EN ARTICULACIONES DE RODILLA Y EN TOBILLOS- ESTAS DEFORMIDADES CONTINUANY ABARCAN OTRAS ZONAS COMO CARPOS- METATAROS PROVOCANDO LIMITACIONES FUNCIONALES ? ES EVALUADA EN CONSULTA DE REUMATOLOGIAQUIEN POSTERIOR A ESTUDIOS REALIZADOS SE DETERMINA EL PROGRESO DE LA ENFERMEDAD- ACTUALMENTE Y LUEGO DE LA EVALUACIÓN EN MICONSLTA SE OBSERVA: LIMITACIÓN DE ANGULOS DE MOVIMIENTOS EN: ARTICULACIONES DE HOMBROS- CODOS- ZONA DE CARPOS- DEDOS A NIVELMETACARPO FALÂNGICAS E INTERFALANGICAS- CON DISMINUCIÓN DE LA PRENSIÓN- PULGAR EN Z- INFLAMACIÓN CRONICA DE CARPOS Y DOLOR ENARTICULACIONES- ALGUNAS FALANGES EN FLEXION QUE IMPIDEN LA FLEXION Y EXTENSION DE LOS MISMOS. EN EXTREMIDADES INFERIORES EXISTE:DEFORMIDAD EN VALGO DE AMBAS RODILLAS- DEFORMIDADES DE LOS PIES EN HALLUX ADQUIRIDO CON DESVIACION DE FALANGES DEFORMIDAD DE:RODILLAS- TOBILLOS- METATARSO- ARTICULACIÓN METATARSO FALANGICA E INTERFALANGICAS- DESVIACIÓN DEL EJE LONGITUDINAL EN AMBASEXTREMIDADES INFERIORES- LIMITACION DE RANGOS ARTICULARES	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
RX DE COL CERVICAL QUE MUESTRA PERDIDA TOTAL DE LORDOSIS FISIOLÓGICA- OSTEOPENIA DIFUSA- ESCLEROSIS SUBCONDRA- RX MANOS OSTEOPENIADIFUSA- ANQUILOSIS DE CARPOS- SUBLUXACIONES DE INTERFALANGICAS PROXIMALES- EROSIONES- QUISTES SUBCODNRALES- RX RODILLAS PINZAMIENTOBICOMPARTIMENTAL- ESCLEROSIS SUBCODNRA-.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
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
2025-01-23	03:30	Brissa		Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312068727					

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	