



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	Ricaurte		CS	1308878287					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Olmedo		Mazamba		Barbarita		Candelaria		M	12-02-1942	82	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0958885346				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	
13				1303		130356		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		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Medicina Interna	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD- A QUIEN SE LE REALIZA VISITA DOMICILIAR- REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES Y LAS MANOS- EXACERBADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS- EL CUAL SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO DE INFLAMACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL AL MOVIMIENTO. PACIENTE REFIERE DOLORES A NIVEL ARTICULACIONES DEL CODO Y GLENOHUMERAL. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 100 MG QD. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: HERNIORRAFIA UMBILICAL. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL- ACTIVA- ELECTIVA- ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO SE INSPECCIONA Y PALPA CADA ARTICULACIÓN AFECTA DE LA MANO- ESTIMANDO UN RANGO DE MOVIMIENTO REDUCIDO. SE OBJETIVA SIGNOS DE DOLOR E INFLAMACIÓN SE INDICA MEDIDAS GENERALES- CONTROL DE SIGNOS VITALES- CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE- HIGIENE DE MANOS- ASEO DIARIO. SE PRESCRIBE IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS. SE ENTREGA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO (SEROLOGÍA PERFIL REUMATOLÓGICO)- PACIENTE REFIERE NO TENER RECURSOS PARA REALZIACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS. PLAN: REFERENCIA MEDICINA INTERNA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoide No Especificada		M069	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-27	09:27	Estefania		Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311538662					

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		