



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	1305075101					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Andrade		Cevallos		Victoria		Del		M	06-09-1955	69	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO					
0962713382				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130356									

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 69 AÑOS DE EDAD- A QUIEN SE LE REALIZA VISITA DOMICILIARIA EN DONDE REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES- SUPERIORES- Y CADERA- EXACERBADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS- EL CUAL SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO DE INFLAMACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL AL MOVIMIENTO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: CUP + SALPINGECTOMIA BILATERAL. 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 + PREDNISONA 5 MG. SE ENTREGA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO (SEROLOGÍA PERFIL REUMATOLÓGICO)- SIN EMBARGO PACIENTE REFIERE NO TENER RECURSOS POARA REALIZACIOBN DE EXAMENES POR LO QUE SE AGENDA REFERENCIA REUMATOLOGIA. CONTROL SUBSECUENTE.	

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
2025-02-18	11:37	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	