



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	Santa Martha	CS	1308229051							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Quijije	Castro	Miriam	Mireya	M	20-09-1972	52	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
095-915-7075 /		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
CANTÓN	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	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	Reumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS: NR- APQ: NR. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR CEFALALGIA OCURRE 2-3 VECES POR SEMANA- ACOMPAÑADO DE VÓMITOS. PACIENTE PRESENTA DOLOR POLIARTICULAR DEPENDIENTE DEL NOCTURNO AL FIRMAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. PRESENTA MAYOR DOLOR EN ARTICULAR GLENOHUMERAL Y HUMERORADIAL DERECHA. EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MALFORMACIÓN EN ARTICULACIONES INTERFALANGIICAS DEL MEÑI QUE DEMANOS DERECHA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
OTROS ANALISIS: LAB: 6/05/2025: HB: 15.4- HTO: 45.1- PLA: 338- COLESTEROL: 225.1- TRIGLICERIDOS: 265- PCR: 4. RADIOLOGIA CONVENCIONAL: RX: DE MANOPAS: SOBREVIVIENTES RADIOLOGICAS TRANSVERSAS EN EL EJEDELA DIFERENCIAS DE TERCER DEDO-DIAGNOSIS DE LA DENSIDAD OSEA A NIVEL INTERFALANGIICOS DISTALES. MALFORMACIÓN DE ARTICULACION INTERFALANGIICA DISTALDE MANO DERECHA. PRESENCIA DE OSTEOFITOS EN PULGAR DERECHO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	(Osteo)Artritis Erosiva		M154	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-02	10:42	Tania	Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308557071				

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1308229051	



B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Santa Martha	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Sin App De Relevancia- No Alergia A Medicamentos- Sin Antecedentes Qx- No Fracturas. Consulta Por Dolor Osteoarticular De Larga Data- Sin Inflamacion Sin Limitacion Funcional. Trae Examenes Del 6 De Mayo 2025: Gb 9.05- Gr 5.00- Hb 15.4- Hto 45%- Colesterol 225- Tg 265- Pcr 4- Rx Manos Discreta Osteopenia Difusa- Pinzamiento Asimetricos De Dif- Subluxacion De Quinta Dif Derecha-Rx Hombros Pinzamiento Glenohumeral Bilateral- Pinzamiento Acromioclavicular Izquierdo. Al Ex Fisico: Completa Rangos- No Se Evidencia Inflamacion- Presenta Deformidad En Quinta Falange Derecha- Crepitos Gruesos De Ambas Rodillas- Se Solicita Rx De Col Cervical- Rodillas- Pelvis Y Col Lumbosacra . Se Inicia Sysaodas- Hierro + Ac Folico- Paracetamol Vo Qd.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada		M150		X	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	
1308809787				