



| 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           | Convento                     | CS-A                             | 1306518331                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Romero                                                      | Rodriguez        | Edita                        | Magaly                           | M                                  | 05-03-1974                                              | 51   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0984437531                                                  |                  | 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                                                          | 1303             | 130353                       | 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 FEMENINO DE 51 AÑOS DE EDAD APP DMT2 TOMA METFORMINA 500MG CADA 12 HORAS DAPAGLIFOZINA 10MG CADA DIAEXAMEN PODOLOGICO RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO. AL MOMENTO ACUDE CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCIONCARACTERIZADO POR DOLOR EDEMA LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA IZQUIERDA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL MOMENTOAFEBRIL- ASINTOMÁTICO- ACTIVO- ELECTIVO- ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. MEDIDASGENERALES-ECOGRAFIA Y RX REPORTAN OSTEOPOROSIS Y ARTROPATIA DEGENERATIVA DE RODILLA SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE REUMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS         |
|---------------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA Y RX REPORTAN OSTEOPOROSIS Y ARTROPATIA DEGENERATIVA DE RODILLA |

| E. DIAGNÓSTICO |                             | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Poliartropatía Inflamatoria |                                    | M064 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                             |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                             |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-12-30                            | 12:10        | Maria         | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |              |               |                 |                  |

| 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 | 1302111560                       |                   |

| 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                     | San Antonio              | 13D07    | //                 |

#### C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

#### E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Izquierda.- R-R Regular- P-R Normal- Trastornos De Repolarizacion Ventricular Izquierda

Glucosa: 253 Hgb Glicosilada 7.30

Tratamiento  
Valsartan Mas Clortalidona 80/12.5 Mg Cada Dia  
Bisoprolol 5 Mg Cada Dia  
Atorvastatina 20 Mg Cada Dia  
Asa 81 Mg Cada Dia

Interconsulta Con Endocrinologia

| F. DIAGNÓSTICO |                                                                      | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Presencia De Otros Injertos Y Protesis Cardiovasculares              |                                    | Z958 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | Diabetes Mellitus No Insulinodependiente Sin Mencion De Complicacion |                                    | E119 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                                      |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

#### G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

#### H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1311890055                            |                 |               |                 |                  |