



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1314982024							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Valenzuela	Loor	Angie	Jamileth	M	25-04-1998	27	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0999450816		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	1315	131550	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
ADULTA MEDIA DE 27 AÑOS. // ALERGIAS: NO REFIERE // APP: ARTRITIS CON TRATAMIENTO GABAPENTINA 300 MG VO QD // FUM: 18/06/2025 // MENSTRUACION: 28-05 // METODO ANTICONCEPTIVO:METODO INYECTABLE: NORETISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL 50MG/5MG/1ML (SOLUNA)// ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR CUADRO CLINICO MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO PORMASAS EN REGION LATERAL DEL 1ER DEDO DE AMBOS PIES DE MAS DE 1 CM DE DIAMETRO- LEVEMENTE DOLOROSOS. ADEMAS REFIERE CUADROS DE CEFALEAS DE CARACTER ESPORADICOS CONRESOLUCION CON O SIN MEDICAMENTOS- EL CUAL ES DE CARACTERISTICAS FOTOSENSIBLE QUE EN OCASIONES DE TIPO TENSIONAL Y EN OTRAS CON SUGESTION DE CEFALEA EN RACIMO. // ALEXAMEN FISICO GENERAL: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- ORIENTADA EN SUS 4 ESFERAS NEUROLOGICAS- AFEBRIL- GLASGOW 15/15- ACTIVA-REACTIVA- CON VALORACION NUTRICIONALEN OBESIDAD GRADO II POR IMC DE 39. // AL EXAMEN FISICO REGIONAL: / REGION POSTERIOR: PRESENCIA DE NUDOS MUSCULARES EN REGION DE MUSCULOS ESCALENOS. / EXTREMIDADESINFERIORES: PRESENCIA DE NODULOS DUROS- REDONDEADOS- BULBOSOS- FIRMES- LEVEMENTE DOLOROSOS A LA PALPACION MEDIA Y A LA LATERALIZACION- LOS CUALES SE PUDIERON PALPAR 3-1 EN CADA REGION MEDIAL ENTRE LA FALANGE MEDIA Y DISTAL DEL PRIMER DEDO DE AMBOS PIES DE MAS DE 1 CM DE DIAMETRO; Y OTRO EN REGION LATERAL A NIVEL DE LA CARA ANTERIOR DELHUESO CUBOIDE DEL PIE DERECHO DE MENOS DE 1 CM DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE.. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

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
2026-01-07	02:31	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	1311637233	
-----	--	--	--------------------	------------	--

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	Flavio Alfaro	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Se Sugiere Realizar Laboratorio - Metformina/Sitagliptina 850/50mg Al Dia- Levotiroxina 100mcg Al Dia- .

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipotiroidismo No Especificado		E039		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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310932148				