



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	Sesme		CS-A	1307987113					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Solorzano		Delgado		Janeth		Alexandra		M	20-07-1975	50	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
097 892 4119				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		130356		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 FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ES TA UNIDAD OPERATIVA PARA CONTROL MÉDICO GENERAL- VALORACIÓNCLÍNICA Y EMIS IÓN DE REFERENCIA A CONS ULTA EXTERNA DEL S ERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOS PITAL GENERAL DR. NAPOLEÓNDÁVILA CÓRDOVA- EN CUMPLIMIENTO DE INDICACIÓN EMITIDA MEDIANTE FORMULARIO DE CONTRARREFERENCIA- CON EL OBJETIVO DEDAR CONTINUIDAD A S US CONTROLES ES PECIALIZADOS . COMO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PRES ENTA GONARTROS IS PRIMARIABILATERAL Y OS TEOARTROS IS PRIMARIA GENERALIZADA- PATOLOGÍAS DE EVOLUCIÓN CRÓNICA POR LAS CUALES HA RECIBIDO MANEJOY S EGUIMIENTO POR EL S ERVICIO DE REUMATOLOGÍA. ADEMÁS - PRES ENTA HIPERTENS IÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS ENTRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONTINUO- CON BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y S IN EPIS ODIOS RECIENTES DEDES COMPENS ACIÓN. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN- LA PACIENTE REFIERE DOLOR OS TEOARTICULAR CRÓNICO DE PREDOMINIO ENAMBAS RODILLAS Y OCAS IONALMENTE EN COLUMNA LUMBAR Y MANOS - DE INTENS IDAD LEVE- CONTROLADO PARCIALMENTE CON ELTRATAMIENTO INDICADO POR REUMATOLOGÍA. NIEGA AUMENTO RECIENTE DE LA S INTOMATOLOGÍA- LIMITACIÓN FUNCIONAL AGUDA-TRAUMATIS MOS - CAÍDAS - FIEBRE- PÉRDIDA DE PES O- EDEMA ARTICULAR- ERITEMA- CALOR LOCAL O RIGIDEZ MATUTINA PROLONGADA.NIEGA DOLOR TORÁCICO- DIS NEA- PALPITACIONES - CEFALEA INTENS A- ALTERACIONES VIS UALES - S ÍNTOMAS URINARIOS ODIGES TIVOS . REFIERE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUDE TAMBIÉN PARA RETIRO DE MEDICACIÓN CRÓNICA. ALEXAMEN CLÍNICO S E ENCUENTRA CONS CIENTE- ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- AFEBRIL- HEMODINÁMICAMENTEES TABLE- NORMOTENS A- CON MUCOS AS ORALES HÚMEDAS - ADECUADA PERFUS IÓN PERIFÉRICA Y S IN S IGNOS CLÍNICOS DEDES COMPENS ACIÓN DE S US PATOLOGÍAS DE BAS E. EN VIRTUD DE S US ANTECEDENTES REUMATOLÓGICOS Y DEL REQUERIMIENTO DECONTINUIDAD DE ATENCIÓN ES PECIALIZADA- S E REALIZA VALORACIÓN CLÍNICA Y S E EMITE REFERENCIA PARA CONTROL POR ELS ERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOS PITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA- A FIN DE CONTINUAR S U S EGUIMIENTO-AJUS TE TERAPÉUTICO Y MANEJO INTEGRAL S EGÚN CRITERIO DEL ES PECIALIS TA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
N/A	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Gonartrosis Primaria Bilateral		M170		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-28	08:31	Keily		Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1313408427					

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	