

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVILA	AVEIGA	GENNY MARIA	18	04	1970	55 años, 7 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0802385096	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	11 DE OCTUBRE y SN	096-869-9610 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0802385096	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	12	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTROSIS HACE 7 AÑOS, HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG,ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIRIENDO DOLOR EN POLIARTICULACIONES, QUE HAN IDO AUMENTANDO, REFIERE QUE SEGUIA CONTROLES EN HOSPITAL DE CHONE Y QUE HA PERDIDO VARIAS CITAS EN CHONE POR TEMAS DE MOVILIZACION DE LA FAMILIA. PACIENTE REFIERE SIENTE DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIONES, DESDE APROXIMADAMENTE DE 8 MESES DE EVOLUCION,AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DESVIACION FALANGES BILATERAL. AL MOMENTO PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	08:57	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	08:57	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	