

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OCAMPO	MOREIRA	EDILMA GENITH	28	02	1947	78 años, 7 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300934609	MANABI	CHONE	RICAU RTE	AGUA BLANCA y	000-000-0000 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1300934609	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	10	08
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 FEMENINA DE 78 AÑOS DE EDAD, ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUA- DRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 8 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR AR- TICULAR A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES Y LAS MANOS, EXACERBADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS, EL CUAL SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO DE INFLAMACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL AL MOVIMIENTO. PACIENTE REFIERE DOLORS A NIVEL ARTICULACIONES DEL CODO Y GLENOHUME- RAL. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODI- NAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO SE INSPECCIONA Y PALPA CADA ARTICULACIÓN AFECTA DE LA MANO, ESTIMANDO UN RANGO DE MOVIMIENTO REDUCIDO. SE OBJETIVA SIGNOS DE DOLOR E INFLAMACIÓN SE INDICA MEDIDAS GENERALES, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CON- SEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, HIGIENE DE MANOS, ASEO DIARIO. SE PRESCRIBE IBUPRO- FENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS. SE ENTREGA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO (SEROLOGÍA PERFIL REUMATOLÓGICO). CONTROL SUBSECUENTE CON RESULTADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M199		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	10:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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 clínico

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
2025-10-08	10:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

