

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOX	FARIAS	RAMON BENEDICTO	01	08	1946	78 años, 1 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301721997	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AGUA POTABLE y CHONE	099-783-8787 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Área		
MSP	1301721997	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2024	09	23
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 clinico

PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS, CON APP DE HIPERTENSION ATRTERIAL HACE UN AÑO DE EVOLUCION CONTROLADO CON LOSARTAN 50 MG DOS VECES AL DIA, ARTROSIS HACE DOS AÑOS. APQ DE QUISTE RENAL HACE 30 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE CEFALEA, DOLOR ARTICULAR MAYORMENTE EN MIEMBROS INFERIORES, DOLOR ABDOMINAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL, MUCOSAS HUMEDAS, CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREAÑADIDOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ARTROSIS, QUE REQUIERE SEGUIMIENTO CON FISIATRIA, POR DOLOR CRONICO LUMBAR Y DE RODILLAS QUE LE AFECTA A SUS ACTIVIDADES DIARIAS, CON LIMITACION FUNCIONAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-23	15:50	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

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

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2024-09-23	15:50	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	