

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	JUANA GREGORIA	24	06	1954	70 años, 11 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302533680	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-534-0385 /
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/Area
MSP	1302533680	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	06	16
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

☐

POLIARTROSIS EN PCT CON DM2 Y HTA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE HTA MEDICADA CON BISOPROLOL 5 MG Y AMLODIPINO/VALSARTAN 10/160 MG ADEMÁS ATORVASTATINA DE 20 MG LABORATORIO ANTERIOR CON COLESTEROL TOTAL 265 Y TRIGLICERIDOS DE 952, ACTUALMENTE CON GLUCOSA EN AYUNA 130 MG/DL POSTCARGA DE 75 GR A LA HORA 270 Y A LAS 2H EN 217 ACAIDO URICO 8.60 CON DOLOR EN TOBILLOS , TG 253.3 HDL 28.7 LDL 40.5 PCR 4.0 FR 4.96. TRAE RX DE MANO IZQUIERDA EN LA CUAL SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE ESPACIOS ARTICULARES SOBRE TODO EN IFI DISTAL DE LOS 5 DEDOS SON SUBLUXACIÓN DE FALANGETA DE DEDO PULGAR EN MANO IZQUIERDA, TOBILLO IZQUIERDO ESPOLÓN CALCÁNEO. 0995340385

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-16	10:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-06-16	10:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

