

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMIREZ	RAMIREZ	AGUSTINA VICTORIA	03	11	1951	73 años, 2 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	1302895212	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	DIVINO NIÑO y	099-083-2453 /
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	1302895212	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	01	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MAYOR CON APP DE HIPOACUSIA BILATERAL EN ESPERA DE ENTREGA DE AURICULARES, HTA CLORTALIDONA 50 MG 8 AM, AMLODIPINO 10 MG 6 PM, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO DIALITICA, ARTRITIS REUMATOIDEA SIN TRATAMIENTO ALGUNO DX HACE TRES AÑOS INDICA PACIENTE . PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN REGION DE ARTICULACION DE AMBAS RODILLAS CON PREDOMINIO DEL LADO DERECHO QUE SE ACOMPAÑA DE EDEMA Y CALOR QUE SE PRESENTA POSTERIOR A ACTIVIDADES DIARIAS, LE IMPIDE ESTAR EN BIPÉDESTACION O MANTENER CAMINATAS DOLOR Y EDEMA SE EXTIENDE A REGION DE TOBILLO DEL MISMO LADO, EN OCASIONES DOLOR CALMA CON EL REPOSO Y APLICACION DE MEDICACION TOPICA. EXAMEN FISICO: RODILLA DERECHA: CHASQUIDO Y CRUJIDO. NO EDEMA. MANOS: NODULOS DE BOUCHARD Y HEBERDEN, DEFORMIDA EN DEDO ANULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO DISPONEMOS DE REACTIVOS. RX DE RODILLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS PIOGENA, NO ESPECIFICADA	M009	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-01-13	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

