

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GANCHOSO	ZAMBRANO	CARLOS ENRIQUE	27	07	1961	63 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303505307	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LAS PAMPAS y CDLA LAS PAMPAS	099-435-5228 /
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	1303505307	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2025	01	17
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

PACIENTE CON APP DE GOTA, HIPERURICEMIA, Y TRIGLICERIDOS, DOLOR EN LAS ARTICULACIONES YEN LAS RODILLAS DE FORMA CRÓNICA; IANTECEDENTE DE IAM PREVIO HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MEDICO INDICA QUE ACUDE A REUMATOLOGIA DE FORMA RECURRENTE PARA CONTROL DE SU ENFERMEDAD, EN OCASIONES PRESENTA DOLORES ARTICULARES, HACE APROXIMADAMENTE 4 MESES NO ACUDE A CITA. REQUIERE CONTROL POR ESPECIALIDAD. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN PATOLOGIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO PRESENTA RESULTADOS DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GOTA IDIOPATICA	M100		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-17	12:26	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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