

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORELLANA	BRAVO	RUTH MERCEDES	22	05	1963	62 años, 2 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303605941	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE ELIAS CEDEÑO y CDLA ARAY	098-586-3980 /
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	1303605941	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	07	29
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

FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD APP ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 1. HTA (LOSARTAN 50 CADA 12 HORAS) FIBROMIALGIA (EN TRATAMIENTO CON REUMATOLOGA) APF NR APQX NR AA NR AL MOMENTO PACIENTE CURSA UN CUADRO CLINICO DE 10 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRODUCCION DE FLEMAS DE COLOR AMARILLA EN CANTIDAD ABUNDANTE POR LAS MAÑANAS EN EL DIA LE PASA. REFIERE TENER MUCOSIDADES EN LA NARIZ. ADEMAS REFIERE TENER SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL NAPOLEON DE REUMATOLOGIA Y LE SOLICITARON UNA NUEVA REFERENCIA. SE HCEREFERENCIA PARA REUMATLOGIA, ADEMAS REFIERE TENER INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ETAPA 1, CON SEGUIMIENTO EN NEFROLOGIA. SE AGENDAN EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA RENAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROMIALGIA	M797		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	15:21	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-07-29	15:21	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

