

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres               | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VEGA             | VELASQUEZ        | ESTERLINDA ESTERLINDA | 30                  | 11  | 1963 | 60 años, 10 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                       | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

  

| Nacionalidad  | País    | Identificación | Lugar de residencia |               |               | Dirección                               | No Telefónico  |
|---------------|---------|----------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------|----------------|
| ECUATORIANO/A | ECUADOR | 1303677239     | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | VIA RANCHO QUEMADO y VIA RANCHO QUEMADO | 099-245-9005 / |

  

| 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                 | 1303677239      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13007 / ZONA 4 |  |  |

  

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |      | Fecha |    |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|------|-------|----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología | 2024 | 10    | 03 |  |

  

| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio | Especialidad | día | mes | año |
|---------------------|--------------------------|----------|--------------|-----|-----|-----|
|                     |                          |          |              |     |     |     |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                                            |                                                         |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva <input type="checkbox"/>     | Saturación capacidad instalada <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional <input type="checkbox"/> | Otros/especifique: <input type="checkbox"/>             |
| Falta de profesional <input checked="" type="checkbox"/>   |                                                         |

### 3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE A SU CONTROL DE MORBILIDAD Y BUSCA DE REFERENCIA PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO CON LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADOS

### 5. Diagnóstico