

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	PINARGOTE	FATIMA MARIA DEL MONSERRATE	19	12	1959	65 años, 0 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304239211	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	095-918-4099 / (93)-910-5212
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	1304239211	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	09
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

PACIENTE DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL Y ARTRITIS REUMATOIDEA, PRESENTA CUADRO CLINICO DESDE HACE MAS O MENOS 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO EN REGON LATERAL DE CADERA DERECHA E IZQUIERDA CON MAYOR ACENTUACION DEL LADO IZQUIERDO LA CUAL LE IMPIDE MANTENERSE SENTADA Y ACOSTADA DEL LADO ANTES DESCRITO. EXAMEN FISICO: DOLOR A LA DIGITOPRESION EN REGION SACRA Y LATERAL DERECHA DE CADERA, MANIOBRA DE LASAGUE ++ 45 GRADOS. PLAN RADIOGRAFIA DE CADERA: OSTEOPOROSIS EN ACETABULO BILATERAL Y CABEZA DE FEMUR. PLAN FARMACOLOGICO: ACIDO FOLICO 1 MG CADA DIA, CONDROPROTECTOR MENSUAL, CALCIO 500 MG DESPUES DE ALMUERZO. VITAMINA D.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE CADERA Y EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	12:07	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
2025-01-09	12:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

