

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	GANCHOZO	EDITH ISABEL	07	01	1963	61 años, 7 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304283201	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEC PLUTARCO MOREIRA y	096-221-4156 /
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	1304283201	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2024	09	04
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 61 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTIROIDEA, ARTROSIS, ACUDE CON RESULTADOS DE ANALISIS DE LABORATORIO Y RX DE RODILLAS, ADEMÁS REFIERE DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO TIPO CONTRÁCTIL, IRRADIADO A COLUMNA DORSOLUMBAR EVOLUCIÓN CRÓNICA, EN ESTOS ÚLTIMOS DÍAS EL CUADRO CLÍNICO HA AUMENTADO EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, QUE IMPIDE PARA LOS MOVIMIENTOS, REFIERE HABERSE APLICADO DOLONEUROBION IM, POR 2 DÍAS. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC 15.00 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS * 46.00 fL [35 - 45] Serie plaquetaria -PLAQUETAS 319 x10^3 células / uL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 7.71 x10^3 células / uL [6.5 - 12] OTROS ANALISIS: ASTO SEMICUANTITAVO 102.00 [0 - 200]

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-04	14:27	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

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
2024-09-04	14:27	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

