

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLEDISPA	BERMUDEZ	FREDDY ELIAS	02	08	1959	65 años, 11 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304312323	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MARIO LOOR y SN	098-093-6139 /
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	1304312323	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	07	14	
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 65 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE. APF NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO. PACIENTE ACUDE POR REVISION DE EXAMENES ADEMAS AL INTERROGATORIO REFIERE QUE ACUDE POR DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS DE AMBAS MANOS, ARTICULACIONES DE AMBAS MUÑECAS, AMBOS CODOS,Y AMBAS RODILLAS DESDE HACE 6 AÑOS ,DOLOR AUMENTA DURANTE EL TRABAJO Y ACTIVIDADES FISICA, DOLOR DISMINUYE EN EL REPOSO Y CON DICLOFENACO DE 100MG. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAN NODULOS EN ARTICULACIONES INTERFALANGICAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEPATITIS B NEGATIVO TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBOELA IGM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM NEGATIVO HERPES 1 Y 2 IGM POSITIVO, VDRL NEGEATIVO, PSA TOTAL NEGATIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M130		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	12:05	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-07-14	12:05	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

