

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	RIVAS	ASUNCION ANTONIO	22	06	1960	64 años, 5 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0978820266

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304423310	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	COPETON y	099-476-1829 / (99)-999-9999
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	1304423310	UMG 7 MANABI PORTOVIEJO	UNIDAD MOVIL GENERAL	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2024	11	22
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 MASCULINO CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDEA DESDE HACE 15 AÑOS FUE TRATADO POR MEDICO PARTICULAR CON CORTICOIDES PERO HACE 1 AÑO ABANDONO TRATAMIENTO Y DE VEZ EN CUANDO SE TRATA EN MSP, REFIERE QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLORES ARTICULARES QUE SE HAN IDO INTENSIFICANDO ESPECIALMENTE LOCALIZADO EN MANOS, RODILLAS Y COLUMNA, ACOMPAÑADO DE DEFORMIDAD DE AMBAS MANOS , DEFORMIDAD EN CUELLO DE CISNE, RODILLA CON TUMEFACCION, Y COLUMNA ESCOLIOTICA, AL MOMENTO PACIENTE CON FASCIES DOLOROSA, AFEBRIL NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN PROCESO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-22	08:50	Medicina General	PATRICIA ELIZABETH SANTOS ZAMBRANO	1306607811	

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 clínico

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