

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO		MARIA AUXILIADORA	09	06	1950	74 años, 3 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304529603	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA PRINCIPAL y NO	098-650-6944 /
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	1304529603	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2024	10	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☒

Falta de profesional ☐

PACIENTE DE 74 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS Y ARTRITIS REUMATOIDE EN NECESIDAD DE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 74 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONTROL MÉDICO. PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS Y ARTITRS REUMATOIDE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS QUE SE MANTIENE CON PREDNISONA 5MG VO QD, METOTREXATO 7.5 MG SEMANAL, AC FOLCIO 5MG VO QD, HCQ 200MG VO QD, COMPELJO B VO QD, VIT D3 VO QD, ANALGESIA CON PARACETAMOL. REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD. ADEMÁS REFIERE SÍNTOMAS DE DISPEPSIA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. 0998873303

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO DE ORGANOS O SISTEMAS	M321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-02	13:01	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-10-02	13:01	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	