

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MENDOZA	MARJORIE FERNANDA	04	11	1971	52 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304642331	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BENITO SANTO MACAY Y MERCEDES y	099-593-0640 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1304642331	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	10	24
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

DOLOR EN MANOS DE AMBOS LADOS - ACOMPAÑADO DE DISESTESIA Y ADORMECIMIENTO ADEMAS DE RIGIDEZ AL LEVANTARSE - TAMBIEN PRESENTA DOLOR EN ANTEBRAZOS Y HOMBROS
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN MANOS DE AMBOS LADOS - ACOMPAÑADO DE DISESTESIA Y ADORMECIMIENTO ADEMAS DE RIGIDEZ AL LEVANTARSE - TAMBIEN PRESENTA DOLOR EN ANTEBRAZOS Y HOMBROS- DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS - TAMBIEN PRESENTA DOLOR EN RODILLAS Y MIALGIA EN MIEMBROS SUPERIORES
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROMIALGIA	M797	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	10:25	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2024-10-24	10:25	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	