

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ZAMBRANO	MARGOT ALEXANDRA	28	12	1967	56 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304643537	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	BARRIO EL VERGEL y BARRIO EL VERGEL	096-822-9532 /
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	1304643537	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatologia	2024	11	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 clinico

PACIENTE ACUDE REFIRIENDO DOLOR EN LAS DIFERENTES ARTICULACIONE DE VARIOS MESES DE EVOLUCION , FACTOR REUMATOIDEO ELEVADO 21.50UI/ML POR LO QUE SE REFIERE A REUMATOLOGIA PARA ESTUDIO Y TRATAMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

SNS-MSP / HCU-form.053 / 2021

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA

Página 1 de 2

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-14	14:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	 Firma electrónica por DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

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
2024-11-14	14:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	