

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VILLA            | SOLORZANO        | CARMEN URANIA | 10                  | 12  | 1963 | 61 años, 8 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                              | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304714148        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LAS MERCEDES y MANUEL DE JESUS ALVAREZ | 098-186-6471 / (05)-269-5800 |
| 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                 | 1304714148                               | 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 | 2025 | 08             | 19  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad | día  | mes            | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD, REFIERE APP DE HTA TRATADA CON AMLODIPINO 10MG QD Y ARTROSIS PREVIAMENTE EN SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGIA Y ESCOLIOSIS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AL MOMENTO REFIERE EXACERBACION DE DOLORES ARTICULARES Y MOLESTIAS GASTROINTESTINALES, REFIERE DISTENSION ABDOMINAL QUE APARECE DESPUES DE LA INGESTA DE ALIMENTOS. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| POLIARTROPATIA INFLAMATORIA | M064   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-08-19 | 08:18 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 | <br>FIRMA<br>Firmado electrónicamente por:<br>CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-19 | 08:18 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |

