

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	NELLY	SIMPATIA	09	11	1965	59 años, 1 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304861311	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	098-022-3259 /
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	1304861311	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2024	12	13
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

PACIENTE FEMENINO DE 59 A AP: HTA, ERC, DIALISIS TRISEMANALES HACE APROX 8 A. ACUDE A ATENCION MEDICA DEBIDO A CUADRO DE POLIARTRALGIA MODERADA DE 3 MESES DE EVOLUCION, REFIERE QUE EN CIERTAS OCASIONES INTERRUMPE SUS ACTIVIDADES DE DIA A DIA. TAMBIEN REFIERE QUE NO SE HA REALIZADO CONTROLES EN LOS ULTIMOS MESES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 59 A AP: HTA, ERC, DIALISIS TRISEMANALES HACE APROX 8 A. ACUDE A ATENCION MEDICA DEBIDO A CUADRO DEPOLIARTRALGIA MODERADA DE 3 MESES DE EVOLUCION, REFIERE QUE EN CIERTAS OCASIONES INTERRUMPE SUS ACTIVIDADES DE DIA A DIA. TAMBIEN REFIERE QUE NO SE HA REALIZADO CONTROLES EN LOS ULTIMOS MESES.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-13	22:04	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-13	22:04	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	