

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO		LASTENIA FRANCISCA	30	03	1963	61 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304933615	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIXTO DURÁN y NN	099-708-5301 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1304933615	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	02	04
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

FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR DOLOR ARTICULAR EN ARTICULACIÓN DE FALANGES DISTALES CON PRESENCIA DE NODULOS DE Heberden EN MANO DERECHA, Y EN EL DEDO ANULAR DE MANO IZQUIERDA, PRESENTA DOLOR INTENSO CON RIGIDEZ Y PÉRDIDA DE LA MOVILIDAD EN SU DÍA A DÍA, TOMA MEDICINA PARA EL DOLOR EN CASA PERO NO MEJORA. ADEMÁS REFIERE QUE HACE 1 AÑO PRESENTÓ ESPOLONES EN TOBILLOS BILATERAL, TRATADA DE FORMA PARTICULAR PERO EL DOLOR PERSISTE Y PRESENTA DIFICULTAD PARA CAMINAR.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE NODULOS DE Heberden EN MANO DERECHA, Y EN EL DEDO ANULAR DE MANO IZQUIERDA, ESPOLONES EN TOBILLOS BILATERAL
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	13:48	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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