

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	LOOR	JOSE OFELITO	22	01	1967	59 años, 6 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305045492	MANABI	CHONE	CONVENTO	SITIO LA UNION y SITIO LA UNION	099-748-3617 /
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	1305045492	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	08	03
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 clínico

PACIENTE MASCULINO DE 59 AÑOS DE EDAD REFEIRE QUE DESEA REFRENCIA A REUMATOLOGIA SOLICITADA POR ESPECIALISTA REFEIRE QUE DIAGNOSTICCO CON ARTROPATIA GOTOSA ENVIO TRATAMIENTO CON COLCHICINA 0.5 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS MAS ACIDO FOLICO 5 MG QD, ADEMAS ENVIA EXAMENES DE LABORATORIOS CONTROL, INDICA MEJORIA DE ALTRALGIA EN REGION DE ARTICULACIONES GRANDES COMO DODOS, HOMBROS, CADERA, RODILLAS Y TIBILLOS, ADEMAS QUE HAN MEJORADO LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIAS, NO REFIERE CONSUMO DE MEDICACION, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, REFEIRE QUE SE DEDICA A LA AGRICULTURA.. APP: ARTROPATIA GOTOSA, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE. EXPLORACION FISICA CABEZA: NORMOCEFÁLICO SIN PRESENCIA DE TRAUMATISMO, OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNAS NORMALES, CON ESCLERAS Y CONJUNTIVAS CON PRESENCIA DE LEVE ICTERICIA Y PALIDEZ. CAVIDAD ORAL PRESENCIA DE LESIONES DENTALES. EXTREMIDADES INFERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA , NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS O CIANOSIS. EXTREMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA ADEMAS DISMINUCION DE MASA EN REGION POSTERIOR DE BRAZO IZQUIERDO DE CONSISTENCIA BLANDA, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS O CIANOSIS, ADECUADA FUERZA EN REGION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. ANALISIS: PACIENTE CON ECNT ARTROIPTAIA GOTOSA, PLAN: SE PRESCRIBE MEDICACION HABITUAL, EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, SE REALIZA REFERENCIA A REUMATOLOGIA PARA SEGUIMIENTO, CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXPLORACION FISICA CABEZA: NORMOCEFÁLICO SIN PRESENCIA DE TRAUMATISMO, OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNAS NORMALES, CON ESCLERAS Y CONJUNTIVAS CON PRESENCIA DE LEVE ICTERICIA Y PALIDEZ. CAVIDAD ORAL PRESENCIA DE LESIONES DENTALES. EXTREMIDADES INFERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUIÁS O CIANOSIS. EXTREMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA ADEMÁS DISMINUCION DE MASA EN REGION POSTERIOR DE BRAZO IZQUIERDO DE CONSISTENCIA BLANDA, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUIÁS O CIANOSIS, ADECUADA FUERZA EN REGION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. CITA SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARTROPATIAS POR CRISTALES, ESPECIFICADAS	M118		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-03	12:18	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	

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
2026-08-03	12:18	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	