

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TELLO	SALAZAR	FRANCIA YOLANDA	13	09	1963	61 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305059451	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-200-0607 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305059451	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	12	09
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	☐	AR.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD, APP: HTA: EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG QD. TAQUICARDIAS: EN TTO CON CARVEDILOL 12.5 MG. EPILEPSIAS EN TRATAMIENTO CON ÀCIDO VALPROICO 500 MG. ADEMÀS MEDICADA DESDE LA ULTIMA CONSULTA CON CLORTALIDONA 25 MG. REFIERE RIGIDEZ MATUTINA DESDE HACE MÀS O MENOS 6 SEMANAS DE EVOLUCIÒN CON DOLOR EN AMBOS PIES SOBRETODU, MEJORA CON LAS ACTIVIDADES DIARIAS. RX DE PIE SE OBSERVA DISMINUCIÒN DE ESPACIOS IF PROXIMAL Y DISTAL CON SUBLUXACIONES EN TODAS LAS FALANGES, BILATERAL. PCR 7.65 FACTOR REUMATOIDEO 1.33 VSG 15 0982000607 AL MOENTO ASINTOMÀTICA, SE CAMBIA HORARIO DE ANTIHIPERTENSIVOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE PIE SE OBSERVA DISMINUCIÒN DE ESPACIOS IF PROXIMAL Y DISTAL CON SUBLUXACIONES EN TODAS LAS FALANGES, BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-09	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-12-09	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	