

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	CEDENO	LUZ AUXILIADORA DEL CARMEN	10	08	1960	64 años, 2 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	1305578260	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO LA BRAMADORA y SN	098-153-1772 / (99)-999-9999
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	1305578260	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES- FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	10	14

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 CON APP DE CARDIOPATIA HIPERTENSIVA, QUISTE HEPATICO SIMPLE, CONSULTA POR DOLOR POLIARTICULAR DE LARGA DATA, ACTUALMENTE CON ARTRALGIAS DE FALANGES DE MANOS CON RIGIDEZ MATINAL, OMALGIA Y GONALGIA. AL EX FISICO RANGOS SIN ALTERACIONES, CREPITOS GRUESOS DE HOMBROS Y RODILLAS, NODULOS DE HEBERDEN DOLOROSOS A LA PALPACION. POR LO QUE SE REFIERE PARA CONTINUAR ESTUDIOS Y TRATAMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS EROSIVA	M154		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024 10 14	12:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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 10 14	12:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	