

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SEGOVIA	MACIAS	PEDRO JACINTO	05	07	1964	60 años, 1 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305639062	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN PEDRO DE ATASCOSO y	098-369-5401 /
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	1305639062	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2024	09	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 60 AÑOS QUIEN ACUDE POR REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL, PACIENTE CON ANTECEDENTE PATOLOGICO PERSONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE 2 AÑOS, CONSULTA POR DOLOR ARTICULAR DE PEQUEÑAS Y GRANDES ARTICULACIONES DE MAS O MENOS 5 AÑOS DE EVOLUCION CON INFLAMACION ESPORADICA DE TOBILLOS, RODILLAS, FALANGES DE MANOS Y PIES, AMBOS CARPOS DE CARACTERISTICA MIGRATORIA. AL EXAMEN FISICO DOLOR A LA PALPACION DE TOBILLO DERECHO, CREPITOS DE RODILLAS, AL MOMENTO SIN EVIDENCIA DE INFLAMACION, SIGNOS VITALES ESTABLES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DOLOR A LA PALPACION DE TOBILLO DERECHO, CREPITOS DE RODILLAS, AL MOMENTO SIN EVIDENCIA DE INFLAMACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROPATIA GOTOSA DEBIDA A DEFECTOS ENZIMATICOS Y A OTROS TRASTORNOS HEREDITARIOS, CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M140	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-03	14:15	Medicina Rural	KIMBERLY DANIELA ALDEAN CASTRO	1004850481	

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
2024-09-03	14:15	Medicina Rural	KIMBERLY DANIELA ALDEAN CASTRO	1004850481	