

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ORELLANA	MARIA JACINTA	08	09	1966	58 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305790758	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO TACHEVE y	093-933-2468 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305790758	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON D CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	11	05	
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

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 58 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPERTENSION ARTERIAL 100 MG QD, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA HACE 15 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR MIALGIA EN BRAZO DERECHO QUE SE ACOMPAÑA DE PARESTESIA EN DICHA ZONA DE 4 MESES DE EVOLUCION. REFIERE HABER SIDO TRATADA CON COMPLEJO B INYECTABLE, KETOROLACO INYECTABLE, CLORZOXAZONA + PARACETAMOL (TENSIFLEX) CEDE EL DOLOR MOMENTÁNEAMENTE PERO VUELVE A APARECER. PACIENTE MENCIONA QUE EL DOLOR SE ORIGINA EN REGION CERVICAL Y SE IRRADIA HACIA EL BRAZO Y ANTEBRAZO DERECHO TERMINANDO EN LA PARTE DISTAL DE LOS DEDOS DE LA MANO MANIFESTANDO UNA SENSACION URENTE. DEBIDO A FALTA D DISPONIBILIDAD SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL DE BAHIA PARA VALORACION POR SERVICIO DE REUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DOLOR EN ARTICULACION GLENOHUMERAL, ARTICULACION DEL CODO, ARTICULACION ROTULIANA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-05	13:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-11-05	13:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

