

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	ELIECER FABIAN	18	04	1968	56 años, 7 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305796458	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE	0991122798
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	1305796458	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Reumatología	2024	12	04	
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

USUARIO CON ANTECEDENTES DE DOLOR PERI ARTICULAR A NIVEL DE TOBILLO LADO IZQUIERDO, EDEMA ACOMPAÑANTE QUE LE DIFICULTA LA MARCHA, HA RECIBIDO TRATAMIENTO A BASE DE ALOPURINOL 300 MG CADA DÍA CON MEJORIA PARCIAL YA QUE REPITEN EVENTOS DESCRITOS , EL ÚLTIMO EVENTO OCURRIÓ HACE APROXIMADAMENTE HACE 5 DÍA ANTES DE ESTA CONSULTA, AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN ZONA CALCANEA LADO IZQUIERDO, RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADO CON PARÁMETROS NORMALES.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN ALTERACIONES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERURICEMIA SIN SIGNOS DE ARTRITIS INFLAMATORIA Y ENFERMEDAD TOFACEA	E790	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	11:25	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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