

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VERA             | SANTANDER        | DOLORES LETICIA | 10                  | 04  | 1967 | 57 años, 9 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305975144        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | RIO SANTO y                  | 097-993-4046 /      |
| 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                 | 1305975144      | RICAUARTE                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología | 2025 | 01    | 28  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 57 AÑOS DE EDAD ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD POR REFERENCIA SUBSECUENTE A REUMATOLOGIA POR DX DE POLIARTROSIS. PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN ARTICULACIONES DE LAS MANOS QUE DIFICULTA LA COTIDIANIDAD. APP DE ARTROSIS HACE 4 AÑOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN DE 50MG, APF MADRE DIABETICA, HERMANA CA, APQ COLECISTECTOMIZADA HACE 2 AÑOS, ALERGIAS NO REFIERE EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO EN 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS. CABEZA: NORMOCÉFALO OJOS: PUPILAS NORMO REACTIVAS, NARIZ FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. BOCA: NORMO CONFIGURADA, FARINGE NO ERITEMATOSA. CUELLO: MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOMEGALIAS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMO FONÉTICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN VISCEROMEGALIA RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES NORMALES, EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA EN DEFORMIDAD EN MALEOLOS DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. HIDRATACION 3. DIETA Y EJERCICIO 4. REFERENCIA SUBSECUENTE A REUMATOLOGIA POR DX DE POLIARTROSIS 5. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA EN DEFORMIDAD EN MALEOLOS DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-28 | 14:42 | Medicina Rural | ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA | 1311453029 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-28 | 14:42 | Medicina Rural | ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA | 1311453029 |       |