

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZABALA	VELIZ	CARPULINA DEL CARMEN	07	05	1967	57 años, 10 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306094499	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-793-1896 /
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	1306094499	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	03	20
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 DE 57 AÑOS, CON APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE, ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN. QUE SE IRRADIA HACIA ZONA CERVICAL. NIEGA QUE FUE POSTERIOR A UN TRAUMA. TAMBIEN REFIERE DOLOR EN RODILLA DERECHA DE LARGA DATA, REFIERE QUE SE EXARCERBA AL MOVIMIENTO. ACUDE CON RX DE RODILLA DERECHA EN EL CUAL SE EVIDENCIA LEVE DESGASTE EN ARTICULACIÓN. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR EN MIEMBRO DERECHO Y RODILLA DERECHA AL FLEXIONAR Y EXTENDER ARTICULACION, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: LEVE DESGASTE EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA. NUMERO. 0967931896

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-20	11:14	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-20	11:14	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	