

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | ALCIVAR          | ROSA AMADA | 24                  | 05  | 1974 | 51 años, 6 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306517093        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | RIO JAMA y                   | 099-076-6368 /       |
| 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                 | 1306517093      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Reumatología | 2025  | 12  | 08  |
| 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 FEMENINA ADULTA DE 51 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU HIJO PARA CONTROL Y REVISIÓN DE EXÁMENES, REFIERE DOLOR ARTICULAR MAS RIGIDEZ MATUTINA QUE EMPEORA EN LAS NOCHES ACOMPAÑADO DE MIALGIAS Y ALTRALGIAS DE 13 AÑOS DE EVOLUCIÓN, REFIERE QUE TIENE UNA SEMANA TOMANDO GLUCOCORTICOIDES PREDNISONA 10 MG HA MEJORADO EL DOLOR. REFIERE POLIDIPSIA DE ALGUNAS SEMANAS DE EVOLUCION MAS DISURIA. ADEMÁS, QUE TOMA COLAGENO EN CAPSULAS QD, REFIERE EPIGALTRAGIAS CON EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, NO REFIERE ALZA TERMICA, NO VÓMITOS, NO DIARREAS. INDICA QUE TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA, LA MARCHA, LA HIGIENE CORPORAL Y VESTIRSE. VIVE CON SU ESPOSO, HIJO Y NIETO. AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL. EXPLORACIÓN FÍSICA: FACIES ALGICAS, MARCHA TIPO TREDELEMBURG. EXTREMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDOS, SE DETECTAN DEFORMIDADES EN ARTICULACION DE RADIOCARPIANA E INTERFALANGICAS PROXIMALES, MAS EDEMAS CON AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD DE MANERA BILATERAL, NO SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS. EXTREMIDADES INFERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDOS, SE DETECTAN DEFORMIDADES MAS CRÉPITACIONES EN ARTICULACION DE LAS RODILLAS MAS EDEMAS CON AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD DE MANERA BILATERAL, NO SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS: PLAN: PRESCRIBE TRATAMIENTO PARA DIABETES TIPO 2 METFORMINA 500 MG QD, ANALGESICOS VIA ORAL, TRATAMIENTO PARA DISLIPIDEMIAS MIXTA GEMFIBROZILO 600 MG CADA 12 HORAS, TRATAMIENTO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS CON NITROFURANTOINA 100 MG QD POR 7 DIAS, OMEPRAZOL 20 MG QD POR 15 DIAS ANTES DESAYUNO POR 15 DIAS. PREVENCIÓN DE CAIDAS, REPOSO RELATIVO, EN NECESIDAD DE VALORACION POR ESPECIALIDAD REUMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: FACTOR REUMATOIDEO 4,8 UL SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 13.000, LINFOCITOS 4.200, GRANULOCITOS 60.2%, HEMOGLOBINA 14.8 G/DL, HEMATOCRITO 46.9%, VCM 90.2 FL, PLAQUETAS 359.000, COPROLOGICO: SANGRE OCULTA NEGATIVO ACIDO URICO: 2.9 MG/DL ALT (SGPT): 33.1 UL COLESTEROL: 219 MG/DL CREATININA: 0.9 MG/DL GLUCOSA: 200.4 MG/DL RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFIA DE TORAX: SE VIZUALIZA INFILTRADO INTERSTICIAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES MAS AUMENTO DE TRAMA VASCULAR E INFILTRADO ALVEOLAR PARACARDICA DERECHA, SILUETA CARDIACA PARECE NORMAL RADIOGRAFIA DE MANOS: DISMINUCION DE LA MINERALIZACION OSEA, MAS DISMINUCION DE LOS ESPACIO DE LAS ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES, DISTALES Y ARTICULACION RADIOCARPIANA MAS DEFORMIDAD. RADIOGRAFIA DE RODILLA: PRESENCIA DE DEFORMIDAD Y DISMINUCION DE ESPACION ARTICULAR MAS PRESENCIA DE OSTEOFITOS. HDL- COLESTEROL: 62.9 MG/DL LDL- COLESTEROL: 105.1 MG/DL UREA: 27.8 MG/DL AST (SGOT): 27.5 MG/DL EMO (UROANALISIS DE RUTINA): ASPECTO TURBIO GLUCOSA +++ NITRITOS NEGATIVOS, PROTEINAS NEGATIVOS, LEUCOCITOS NEGATIVOS, SANGRENEGATIVO, CELULAS 6-7 XCAMPO, LEUCOCITOS 3-4 CAMPO, PIOCITOS 1-3 XCAMPO, BACTERIAS ++++. HEMATIES 2-4 CAMPO, LEVADURAS HONGOS + TRIGLICERIDOS: 263,7 MG/DL

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-08 | 16:09 | Medicina Rural | JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO | 1314467984 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-08 | 16:09 | Medicina Rural | JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO | 1314467984 |       |