

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	EDITA RAMONA MANUELA	08	11	1972	51 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	1307250124	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	999-999-9999 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307250124	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	08	26
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 ☐	POLIARTROSIS.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON DOLOR DE COLUMNA LUMBO SACRA DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN, MANIOBRAS PARA HERNIA DISCAL NEGATIVO SE ENVIA RX DE COLUMNA DORSO-LUMBO SACRA, SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE ESTACIOS INTERVERTEBRALES A NIVEL DORSAL Y LUMBOSACRO, ESCLEROSIS. SE ENVIA DENSITOMETRÍA ÓSEA. ADEMÁS DOLORES EN ARTICULACIONES DE LA MANO, RODILLAS Y TOBILLOS. Y SE AGENDA CITA CON REUMATOLOGÍA. 0978929978 (LLAMDA AVCS).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-26	09:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

Dr. Irving Buitron Nieto
C.I. 4311727818
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Fecha					
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Districto/ 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
2024-08-26	09:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	