

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| SOLORZANO        | NAVARRETE        | MARIA AGUSTINA | 18                  | 03  | 1971 | 53 años, 10 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307331452        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | SN y SN                      | 099-915-7686 /      |
| 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                 | 1307331452                               | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Reumatología | 2025           | 02  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

|                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR INTENSO DOLOR ADEMAS DE ADORMECIMIENTO EN LOS MISMOS SENSACION DEMHORMIGUEO Y EN OCASIONES SE LE DIFICULTA COJER OBJETOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|         |
|---------|
| NINGUNA |
|---------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD              | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-03 | 15:01 | Medicina General Integral | GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES | CU-13-5730 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-03 | 15:01 | Medicina General Integral | GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES | CU-13-5730 |       |