

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	CONSTANTINE	ROCIO DEL CARMEN	14	11	1968	56 años, 3 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307432987	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CHILE y	096-824-8486 /
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	1307432987	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	03	13
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

APP: CONSUMIDOR DE DROGA DE MAS O MENOS 30 AÑOS EN ABSTINENCIA HACE 8 AÑOS, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN VARIAS ARTICULACIONES CON MAYOR PREDOMINIO EN DEDOS DE LAS MANOS Y DE LOS PIES, PRESENTA DEFORMIDAD EN DEDO PULGAR DE MANO IZQUIERDO DESDE HACE MAS O MENOS 5 AÑOS DE EVOLUCION HACE TRES AÑOS PRESENTA DEBILIDAD EN LA FUERA DE AMBAS MANOS. REFIERE QUE EN HORAS DE LA MAÑANA PRESENTA RIGIDEZ EN AMBAS MANOS EL DOLOR SE INTENSIFICA EN HORAS DE LA NOCHE CON EL REPOSO. ADEMAS REFIERE QUE EN OCASIONES PRESENTA NOSTALGIA, LLANTO FACIL, ANSIEDAD, DEPRESION POR PRESENTAR DIFICULTAD EN NO PODER REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE TRABAJO. EXAMEN FISICO: DOLOR A LA DIGITOPRESION EN FALANGES, DEFORMIDAD EN DEDO ANULAR E INDICE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS PIOGENA, NO ESPECIFICADA	M009		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	12:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-03-13	12:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

