

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	CEDEÑO	ANDRONICO GUBERTO	19	06	1972	52 años, 6 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307634129	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA GARRAPATILLA y	098-175-3630 /
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	1307634129	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	12	31	
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 MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD. APP: ARTROSIS DIAGNOSTICADA HACE 6 AÑOS. APF: PADRE DM, MADRE HTA Y PROBLEMAS ARTICULARES. APQX: MANO DERECHA CORTE CON MACHETE. ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE QUE DESDE HACE 6 AÑOS PRESENTA DOLOR EN AMBAS RODILLA, PACIENTE REFIERE QUE DURANTE SU VIDA SIEMPRE HA REALIZADO EJERCICIOS DE ALTO IMPACTO HASTA QUE COMENZÓ CON MOLESTIAS. AL MOMENTO DURANTE TRATAMIENTO DE SU "ARTROSIS" CON IBUPROFENO 400MG, COLAGENO, CALCIO Y COLCHICINA 0.25. AL MOMENTO PACIENTE CON DOLOR EVA 8/10, LOCALIZACIÓN BILATERAL, APARICIÓN REAL HACE APROXIMADAMENTE 6 AÑOS; IRRADIACIÓN: HACIA AMBOS PIES. ATENUANTE: MEDICACIÓN PRECRITA ANTERIORMENTE. AGRAVANTE: ACTIVIDAD FÍSICA. PACIENTE ADEMÁS PRESENTA DOLOR EN ARTICULACIÓN INTERFALANGICA PROXIMAL DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA, AL EXAMEN FÍSICO NO SE OBSERVAN NÓDULOS PERO SI SE EVIDENCIA RIGIDEZ AL MOVIMIENTO, AL EXAMEN FÍSICO DE RODILLAS SE EVIDENCIA DOLOR A LA DIGITOPRESIÓN EN TENDÓN ROTULIANO E INSERCIÓN DE TENDON DE PATA DE GANSO. NO DOLOR A LA PRESIÓN Y MOVILIZACIÓN ROTULIANA, CAJON ANTERIOR Y POSTERIOR NEGATIVOS. SE DECIDE REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO Y REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. PLAN: 1) MEDIDAS GENERALES 2) RECOMENDACIONES 3) USO DE PLANTILLAS SUAVES 4) TERAPIA FÍSICA AL MENOS 1 VEZ POR SEMANA 5) SIGNOS DE ALARMA 6) CONTROL CON EXAMENES 7) REFERENCIA REUMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M130	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-31	09:16	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

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
2024-12-31	09:16	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	