

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	ARAUZ	YENNY MARIANA	11	08	1970	54 años, 3 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	1307937993	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV SIXTO DURAN BALEN y	099-701-0946 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307937993	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	11	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD. APP: HEMORROIDES. APF: HERMANO FALLECIDO POR LEUCEMIA. APQX: SALPINGECTOMIA BILATERAL. ALERGIAS: NIEGA. G5 A1 P4. ACUDE EL DIA DE HOY A CONSULTA POR HISOTRIAL DE CAIDA DE U PROPIA ALTURA DESDE ENERO. SE AFECTA MENO IZQUIERDA QUE NORE QUIERE INTERVENCION QUIRURGICA. MENCIONA QUE DESDE FEBRERO DOLOR EN ARTICULACIONES INTERFALANGICAS Y METACARPOFALANGICAS QUE SE EXACERBAN DURANTE LA MADRUGADA - DE PREDOMINIO MATUTINO. ESCALA DE EVA 8/10. NO MEJORA NI SE EXACERBA ANTE EL REPOSO O ACTIVIDAD. CEDE LEVEMENTE ANTE LA ADMINSTRACION DE PARACEMTAOL. MENCIONA ADEMAS QUE ESTE DOLOR SUELE OCURRIR DE MANERA ESPORADICA EN HOMBROS Y SE ACOMPAÑPAN DE PARESTESIAS EN AMBOS BRAZOS. SI RESPONDE ANTE LA ADMINSTRACION DE DICLOFENACO. EL RESTO DEL INTERROGATORIO SIN PATOLOGIA APARENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU VALORACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	11:39	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-11-25	11:39	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

