

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
TOALA		LOOR		SANDRA MARIA		9	6	1971	54	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1308433984	13	2	50	INES MORENO		981047292		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 X DERIVACION: 2

1. DATOS INSTRUCCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		C.S. INES MORENO		A	13D06	
REFIERE O DERIVA A:					FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA	23	9	2025
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

Limitada capacidad resolutive	1 X	Saturacion de capacidad instalada	4
Ausencia temporal del profesional	2	Otros/ Especifique	5
Falta de profesional	3		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO CON PREDNIMAX 5 MG CADA DIA DESDE HACE MAS O MENOS 10 AÑOS, PRESENTA DEFORMIDAD EN ARTICULACION RADIOCARPIANO Y DEFORMIDAD EN DEDOS DE AMBAS MANOS ACOMPAÑADO DE NODULOS DE HEBERDEN Y BOUCHAT, DESDE HACE 8 MESES PRESENTA DOLOR DE TIPO SORDO EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA Y TOBILLO DEL MISMO LADO ACOMPAÑADO DE EDEMA EN EL CUAL IMPIDE LA MOVILIZACION Y ACTIVIDADES DIARIAS. PACIENTE CON DOLOR DE DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN VARIAS ARTICULACION EN EL CUAL SE INTENSIFICA EN HORAS DE LA NOCHE. ACTUALMENTE CON TRATAMIENTO CON PRENISONA 5 MG CADA DIA ACIDO FOLICO 5 MG 10 DE LA MAÑANA. PACIENTE NO SE REALIZA EXAMENES DE LABORATORIO DE CONTROL (NO SE DISPONE DE REACTIVO EN HOPISTAL). PACIENTE CON FASCIES DE CUSHING.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÀMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÒSTICOS

Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Positivo (+++) PCR Cualitativo Positivo (+++)

5. DIAGNÒSTICO

1	ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	CIE -10	PRE	DEF
2		M059		X

NOMBRE DEL PROFESIONAL:	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	CODIGO MSP	1723141550	FIRMA
-------------------------	------------------------------	------------	------------	-------

III. CONTRAREFERNCIA: 3 REFERENCIA INVERSA 4

1. DATOS INSTRUCCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA	
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÀMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÒSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCECIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNÒSTICO

1		CIE -10	PRE	DEF
2				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:	CODIGO MSP	FIRMA
--------------------------------------	------------	-------

7. REFERENCIA JUSTIFICADA	
---------------------------	--