

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	MANZABA	BARBARITA CANDELARIA	12	02	1942	82 años, 11 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308878287	MANABI	CHONE	RICAU RTE	VIA QUITO y SAN AGUSTIN	098-625-8828 /
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	1308878287	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2025	01	27
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 FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD, A QUIEN SE LE REALIZA VISITA DOMICILIAR, REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES Y LAS MANOS, EXACERBADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS, EL CUAL SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO DE INFLAMACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL AL MOVIMIENTO. PACIENTE REFIERE DOLORS A NIVEL ARTICULACIONES DEL CODO Y GLENOHUMERAL. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 100 MG QD. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: HERNIORRAFIA UMBILICAL. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO SE INSPECCIONA Y PALPA CADA ARTICULACIÓN AFECTA DE LA MANO, ESTIMANDO UN RANGO DE MOVIMIENTO REDUCIDO. SE OBJETIVA SIGNOS DE DOLOR E INFLAMACIÓN SE INDICA MEDIDAS GENERALES, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, HIGIENE DE MANOS, ASEO DIARIO. SE PRESCRIBE IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS. SE ENTREGA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO (SEROLOGÍA PERFIL REUMATOLÓGICO), PACIENTE REFIERE NO TENER RECURSOS PARA REALZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS. PLAN: REFERENCIA MEDICINA INTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-01-27	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	