

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FARIAS	NELSON ENRIQUE	06	07	1978	46 años, 2 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309775771	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO APLICA y	098-918-7623 /
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	1309775771	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	Consulta externa	Reumatología	2024	10	01
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 ACUDE POR CONTROL MEDICO CON DOLOR DE LA RODILLA DE DEL CODO, REFIERE QUE NI PUEDE TRABAJAR, EN RX DE RODILLA NO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN ALGUNA COMO DISMINUCIÓN DE LOS ESPACIOS ARTICULARES... PACIENTE REFIERE QUE TIENE SU DOLOR DE FORMA INFRECUENTE Y AHORA PRESENTA DOLOR DEL CODO IZQUIERDO CON ENROJECIMIENTO DE LA ZONA... EN EXAMENES SE EVIDENCIA 7.4 DE ACIDO URICO...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENVÍA PARA SU EVALUACIÓN POR TENER UN PRESUNTIVO DE ARTRITIS GOTOSA... 0982187623...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
REUMATISMO, NO ESPECIFICADO	M790	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-01	14:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

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 clínico

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
2024-10-01	14:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

