

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FARIAS	NELSON ENRIQUE	06	07	1978	46 años, 6 meses, 30 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	CANUTO	NO APLICA y	098-918-7623 /
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	1309775771	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	02	05
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 46 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE SE EXTIENDE DESDE LA CADERA HASTA LA RODILLA. NO INDICA OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTE. INDICA QUE EL DOLOR ES OCASIONAL INDICA QUE LLEVO CONTROL MEDICO CON MEDICO FAMILIAR DONDE POR MEDIO DE RX SE EVIDENCIO DESGASTE OSEO. INDICA QUE TUVO TRATAMIENTO CON MEDICO FAMILIAR EN EL TIPO C. PACIENTE TAMBIEN TUVO CITA MEDICA CON REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEO Y EL MEDICO ESPECIALISTA INDICO CONTROL SUBSECUENTE CON LA ESPECIALIDAD PARA DEFINIR DIAGNOSTICO Y VALORAR TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN LA MOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ENFOCADO EN ARTICULACIÓN DE LA RODILLA PERO SE QUE EXTIENDE A LO LARGO DEL MUSLO. RX: DESGASTE OSEO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	08:12	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-02-05	08:12	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

