

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	SANCHEZ	MARIA ALEXANDRA	02	05	1977	47 años, 7 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	1309938197	MANABI	CHONE	SANTA RITA	13 DE ABRIL y	099-087-1189 /
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	1309938197	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	12	17
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 FEMENINO DE 47 A AP: HTA, ARTROSIS. ACUDE A CITA MEDICO DEBIDO A DOLOR CRONICO EN MULTIPLES ARTICULACIONES: RODILLAS, INTERFALANGICAS, COLUMA LUMBAR. DURANTE CONSULTA REFIERE DOLOR MODERADO EVA 7/10 A NIVEL LUMBAR. REFIERE HABER LLEVADO TRTAMIENTO CON REUMATOLOGO Y TERAPIA FISICA, SIN EMBARGO NO HA VISTO MEJORIA EN SU DOLOR, EL CUAL LE IMPIDE EN CIERTASS OCASIONES REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. AL EXAMEN FISICO DESTACA DOLOR A LA PALPACION DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS, DOLOR Y EDEMA EN RODILLAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO PACIENTE PRESENTA DOLOR A LA PALPACION EN ARTICULACIN DE RODILLAS E INTERFALANGICAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	20:39	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-17	20:39	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	