

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	ROSADO	MARIA PIEDAD	08	12	1982	42 años, 2 meses, 4 días	MUJER
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310062391	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO	0995647239
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	1310062391	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatologia	2025	02	12
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 CON APP DE ARTROSIS, ARTRITIS EN TRATAMIENTO (NO RECUERDA NOMBRE DE MEDICACION) Y LITIASIS RENAL ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA CONTROL CON ESPECIALISTA DE REUMATOLOGIA POR LO CUAL ACUDE EL DIA DE HOY, REFIERE QUE EN EL ULTIMO CONTROL LE INDICARON ACUDIR AL CENTRO DE SALUD PARA SER REFERIDO NUEVAMENTE. INDICA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO DOLOR POLIARTICULAR CON EPISODIOS DE INFLAMACION EN RODILLA DERECHA, ARTRALGIAS DE CODOS. INDICA TAMBIEN DOLOR A NIVEL DE ABDOMEN QUE SE IRRADIA HACIA ZONA LUMBAR A NIVEL DE LOS RIÑONES. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NIEGA PRESENCIA DE OTRA SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO DOLOR DOLOR A LA PALAPACION DE EPICONDILIOS MEDIALES, SE EVIDENCIA RODILLA LEVEMENTE INFLAMADA. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, ANTROPOMETRIA: SOBREPESO. SE SOLICITA SEGUIMIENTO Y VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	12:02	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-02-12	12:02	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	