

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVERA		PAULA ISISDRA	24	07	1925	99 años, 6 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	1310436025	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	099-137-1430 /
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	1310436025	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	02	08
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 99 AÑOS 6 MESES DE EDAD, INSTRUCCIÓN: NINGUNA, OCUPACIÓN: NINGUNA, APP HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 100 MG VO QD. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA EN CASITAS DEL BEJUCO MANZANA B PARA LLENADO DE FICHA FAMILIAR / DISPENSARIZACIÓN, SE INSPECCIONA ESTADO DE VIVIENDA, SE INTERROGA SOBRE CONDUCTAS, ESTILOS Y HáBITOS DE VIDA, SANEAMIENTO Y ENTORNO FAMILIAR. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE RIGIDEZ MATUTINA PROLONGADA >1 DURACIÓN, DOLOR INTENSO Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA COMPATIBLE CON CUADRO DE ARTRITIS REUMATOIDE. DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD ARTICULAR IRREVERSIBLE EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SE OBSERVA OPACIDAD DEL CRISTALINO COMPATIBLE CON CUADRO DE CATARATA SENIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN: SE ASESORA A PACIENTE Y FAMILIAR SOBRE LA CONDICIÓN DE SALUD. SE ENVÍA CARTILLA PARA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN CASA POR AL MENOS 7 DÍAS EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE CON TENSÍOMETRO CALIBRADO (REALIZARLO EN CONDICIONES ADECUADAS, SIN HABLAR, POSICIÓN CÓMODA Y RELAJADA, SIN HABER CONSUMIDO ALIMENTOS EN 30 MIN, CON AL MENOS 5 MINUTOS DE DESCANSO, SIN PIERNAS CRUZADAS). CONTINUAR CON MEDICACIÓN PARA LA PATOLOGÍA SUBYACENTE. ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP. RECOMENDACIONES DE HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL DENGUE Y COVID 19. EVITAR EXPOSICIÓN EXCESIVA AL SOL Y RECOMENDACIÓN DE USO DE BLOQUEADOR SOLAR. REFERENCIA A REUMATOLOGÍA. CONTROL SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-08	11:57	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-02-08	11:57	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	