

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ALAVA	LENDER VICTORIA	27	09	1975	49 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310676869	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	1 y	098-367-9463 /
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	1310676869	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	08	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 FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR REVISION DE RADIOGRAFIA DE RODILLAS , ADEMAS REFIERE CUADRO CLINICO 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR POLIARTICULAR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD CON MAYOR INTENSIFICACION A NIVEL DE LA RODILLA. PACIENTE REFIERE IR A NATURISTA Y ESTAR TOMANDO MEDICACION ALTERNATIVA. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE ALARMA. O: SIGNOS VITALES TA: 130/84 MMHG PACIENTE REFIERE QUE NO SE ENCONTRABA EN REPOSO, RESTO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. AL EXAMEN FISICO ARTICULACIONES: SIN SIGNOS INFLAMATORIOS EVIDENTES MOVILIDAD CONSERVADA, AUNQUE DOLOROSA AL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN A NIVEL DE LAS RODILLAS Y COLUMNA VERTEBRAL. RADIGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL + RODILLAS : NO SE OBSERVA SIGNOS DE FRACTURA O DEFROMIDADES, SIN DESGASTE ARTICULAR EVIDENTE. SE SOLICITA VALORACION POR REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M130	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	18:03	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-05	18:03	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

