

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SORNOZA	BRAVO	JOHANNA KATHERINE	05	04	1982	42 años, 7 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310977408	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAMOS IDUARTE y 7 AGOSTO	096-110-4028 /
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	1310977408	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	11	29
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 42 AÑOS, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE AMILOIDOSIS QUE ESTABA E CONTROL CON DERMATOLOGIA PERO PERDIÓ LA CITA DE CONTROL, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR LUMBAR HACE UN MES DE EVOLUCIÓN TIPO CÓLICO QUE SE IRRADIA HASTA HIPOCONDRIO, REFIERE DOLOR ARTICULAR DE AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE SE HA INTENSIFICADO EN EL ULTIMO MES. AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FISICO. CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS Y RITMICOS, ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA, EXTREMIDADES SIN EDEMA. SE REALIZA CAMBIO DE CEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS HACE 5 AÑOS, QUE PERDIÓ CONTROL CON DERMATOLOGIA, HACE 6 MESES CUADRO SE HA EXACERBADO POR ESO REQUIERE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMILOIDOSIS DE LA PIEL	L990		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-29	14:06	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2024-11-29	14:06	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

