

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	CHILA	YESSENIA VERONICA	19	03	1984	40 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311059339	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	QUEMADITO y	096-993-5750 /
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	1311059339	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2024	12	10
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

☐

ARTROSIS / EN
SEGUIMIENTO POR
REUMATOLOGIA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE EN TTO CON GASTROENTEROLOGÍA POR GASTRITIS CRÓNICA, INFORMA NUEVA VEDA PARA ENERO-FEB 2025. ADEMÁS PACIENTE CON ARTROSIS EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA CON DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR EN AMBAS RODILLAS, REFIERE CAIDA DEL PELO, INSOMNIO, PIEL SECA, ONICOLISIS, LABILIDAD EMOCIONAL, DOLORES ABDOMINALES, ESTREÑIMIENTO, FLATULENCIA, MIALGIA, ASTENIA, ARTRALGIA. DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL, SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN GARGANTA CON DOLOR AL ABUSO DE LA VOZ, NO DISFAGIA. SE ENVIA LABORATORIO Y SE DA REFERENCIA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGIA 0982509775 SOLO LLAMADA 0987457768 SOLO WS, PENDIENTE OLFALMOLOGIA.TIENE SEGUIMIENTO EN SOLCA POR QUISTES MAMARIOS BIRADS 2. AGENDAR EN SIGUIENTE CITA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-10	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefieri 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
2024-12-10	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

