

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	ZAMBRANO	ANTONIA MERCEDES	12	06	1980	44 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312347147	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BELLAVISTA BAJA y	095-988-0550 / (99)-999-9999
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	1312347147	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	Reumatología	2024	08	12	
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 DE 44 AÑOS DE EDAD. SIN APP DE RELEVANCIA CONSULTA POR DOLOR POLIARTICULAR DE MAS O MENOS 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE PEQUEÑAS Y GRANDES ARTICULACIONES A PREDOMINIO HOMBRO IZQUIERDO, FALANGES DE MANOS CON RIGIDEZ MATINAL. SIN INFLAMACIÓN ARTICULAR QUE IMPIDE PARA LAS ABVD, AL EX FÍSICO, LEVE DEFORMIDAD ARTICULAR, DISCRETOS CRUJIDOS DE HOMBROS. RX MANOS: OSTEOPENIA LEVE DIFUSA, PINZAMIENTOS ASIMETRICOS DE ALGUNAS DIF, RX COL LUMBOSACRA CON LEVE ESCOLIOSIS. SE SUGIERE CONTINUAR CON CONDROPROTECTORES, AINES REGULADOS CICLO CORTO, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD. TF: 0959880550.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX MANOS: OSTEOPENIA LEVE DIFUSA, PINZAMIENTOS ASIMETRICOS DE ALGUNAS DIF, RX COL LUMBOSACRA CON LEVE ESCOLIOSIS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-12	09:08	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

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
2024-08-12	09:08	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

