

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	RODRIGUEZ	MARIA TERESA	25	04	1992	32 años, 5 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314068634	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA CALLE DEL CAMAL y	099-542-8082 / (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	1314068634	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	09	27
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 32 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO QUEMAZON EN PIERNA IZQUIERDA, ACUDE CON RADIOGRAFIA DE MANOS, CABEZA Y DE AMBAS PIERNAS EN DONDE SE OBSERVA DESGASTES EN LOS HUESOS Y SE OBSERVA UNA MASA TIPO TUMORACIÓN CERCA A EXTREMO DISTAL DEL FEMUR IZQUIERDO, LA PACIENTE REFIERE QUE EL TAMAÑO DE LA MASA HA IDO EN AUMENTO. SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR	R224		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-27	23:41	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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 clínico

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
2024-09-27	23:41	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	