

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MOREIRA	ALISSON MELINA	20	02	2006	18 años, 9 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314436864	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA RECREO ARAY y	098-062-4932 /
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	1314436864	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2024	12	02
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

USUARIA CON ANTECEDE ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMÁTICA DE UN AÑO DE DIAGNOSTICO EN TRATAMIENTO EN AQUEL TIEMPO CON IESS PORTOVIEJO, EN TRATAMIENTO CON PENICILINA CON LO QUE MEJORA PARCIALMENTE YA QUE SEGUN MENCIONA PERSISTEN OSTEO ARTRALGIAS CON MAYOR AFECTACIÓN DE RODILLAS, ARTICULACIÓN DE LAS MUÑECAS, NIEGA EDEMAS PERIFÉRICOS, AL MOMENTO DE LA VISITA REFIERE QUE PRESENTA DOLOR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD EN ARTICULACIONES DE RODILLAS - ADEMAS MENCIONA TRATAMIENTO DE GASTRITIS CON TRATAMIENTO A BASE DE OMEPRAZOL 20 MG EN CASOS NECESARIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS EN OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	M013		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-02	15:13	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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