

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	MEJIA	ANGEL ANIBAL	18	04	1997	27 años, 7 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314645894	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	096-757-4044 /
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	1314645894	SANTA RITA	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 27 AÑOS APP ARTRITIS REUMATOIDE MAS ESPONDILOSIS ANQUILOSANTE DESDE HACE 13 AÑOS. ACUDE EL DIA DE HOY A LA UNIDAD OPERATIVA PARA ATENCION MEDICA GENERAL. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE DEBILIDAD FISICA, DOLOR ARTICULAR EN MANOS, PIES, RODILLAS, HOMBROS, DOLOR EL CUAL LE HA CEDIDO SEGUN EL REFIERE POR EL CONSUMO DE MARIHUANA, LA CUAL REFIERE USA CADA 6 MESES PARA ALIVIAR EL DOLOR.TRAE EXAMENES DE LABORATORIOS Y RESONANCIA MAGNETICA DESCRITOS EN EL APARTADO DE EXAMENES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: VSG 23 PCR 26.66 HLA B27 DETECTABLE RESONANCIA MAGNETICA *: INCIPIENTES CAMBIOS DEGENERATIVOS DISTALES EN COLUMNA CERVICAL, AREAS DE EDEMA CERVICAL, AREAS DE EDEMA MEDULAR OSEO EN ARTICULACIONES SACROILEAS EN NUMERO DE 2 CADA LADO, SIGNOS DE SACROILEITIS BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-10	09:11	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-12-10	09:11	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

