

|                                       |  |                  |                          |                   |           |                                  |  |                                     |                                                         |      |                          |        |   |   |
|---------------------------------------|--|------------------|--------------------------|-------------------|-----------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|--------------------------|--------|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICODIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                   | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO                   |                                                         |      |                          |        |   |   |
| MSP                                   |  | 1246             | C. S TOSAGUA             |                   | TIPO C    | 1314982024                       |  |                                     |                                                         |      |                          |        |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE     |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)  |        |   |   |
| VALENZUELA                            |  | LOOR             |                          | ANGIE             |           | JAMILETH                         |  | F                                   | 25/04/1998                                              | 27   | H                        | D      | M | A |
|                                       |  |                  |                          |                   |           |                                  |  |                                     |                                                         |      |                          |        |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | TIPO DE COBERTURA |           | REFERENCIA                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN                                              |      | <input type="checkbox"/> | MOTIVO |   |   |
| 0999450816                            |  |                  |                          | NO                |           | 1. Accesibilidad geográfica.     |  | <input type="checkbox"/>            | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      | <input type="checkbox"/> |        |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                          |                   |           | 2. Falta de espacio físico.      |  | <input type="checkbox"/>            | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      | <input type="checkbox"/> |        |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA         |           | 3. Falta de equipamiento.        |  | <input type="checkbox"/>            | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      | <input type="checkbox"/> | X      |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA          |                          | TOSAGUA           |           | 4. Equipos en mal estado.        |  | <input type="checkbox"/>            | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      | <input type="checkbox"/> | X      |   |   |
|                                       |  |                  |                          |                   |           | 5. Problemas de infraestructura. |  | <input type="checkbox"/>            |                                                         |      | <input type="checkbox"/> |        |   |   |

|                         |                              |            |              |
|-------------------------|------------------------------|------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | SERVICIO   | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA | C. EXTERNA | REUMATOLOGIA |

ADULTA MEDIA DE 27 AÑOS. // ALERGIAS: NO REFIERE // APP: ARTRITIS CON TRATAMIENTO GABAPENTINA 300 MG VO QD // FUM: 18/06/2025 // MENSTRUACION: 28-05 // METODO ANTICONCEPTIVO: MÚLTIMO INYECTABLE: NORETISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL 50MG/5MG/1ML (SOLUNA) // ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR CUADRO CLINICO MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MASAS EN REGION LATERAL DEL 1ER DEDO DE AMBOS PIES DE MAS DE 1 CM DE DIAMETRO, LEVEMENTE DOLOROSOS. ADEMÁS REFIERE CUADROS DE CEFALEAS DE CARACTER ESPORÁDICOS CON RESOLUCION CON O SIN MEDICAMENTOS, EL CUAL ES DE CARACTERÍSTICAS FOTOSENSIBLE QUE EN OCASIONES DE TIPO TENSIONAL Y EN OTRAS CON SUGESTION DE CEFALEA EN RACIMO. // EXAMEN FISICO GENERAL: PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 4 ESFERAS NEUROLÓGICAS, AFEBRIL, GLASGOW 15/15, ACTIVA-REACTIVA, CON VALORACION NUTRICIONAL EN OBESIDAD GRADO II POR IMC DE 39. // AL EXAMEN FISICO REGIONAL: / REGION POSTERIOR: PRESENCIA DE NUDOS MUSCULARES EN REGION DE MUSCULOS ESCALENOS. / EXTREMIDADES INFERIORES: PRESENCIA DE NUDOS DORSALES, REDONDEADOS, BULBOSOS, FIRMES, LEVEMENTE DOLOROSOS A LA PALPACION MEDIA Y A LA LATERALIZACION, LOS CUALES SE PUDIERON PALPAR 3, 1 EN CADA REGION MEDIA ENTRE LA FALANGE MEDIA Y DISTAL DEL PRIMER DEDO DE AMBOS PIES DE MAS DE 1 CM DE DIAMETRO; Y OTRO EN REGION LATERAL A NIVEL DE LA CARA ANTERIOR DEL HUESO CUBOIDE DEL PIE DERECHO DE MENOS DE 1 CM DE DIAMETRO APROXIMADAMENTE.. AMÉRITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|    |                                                            |      |  |   |    |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------|------|--|---|----|--|--|--|
| 1. | ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION | M059 |  | X | 4. |  |  |  |
| 2. |                                                            |      |  |   | 5. |  |  |  |
| 3. |                                                            |      |  |   | 6. |  |  |  |

|                                       |                 |               |                                                                                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                 | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025/08/13                            | 16:00           |               |                                                                                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 |               | FIRMA                                                                           |                  |
|                                       |                 |               | SELLO                                                                           |                  |
|                                       |                 |               | <b>ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b><br><b>REG. SENESCYT:</b> |                  |

|                        |  |  |  |    |  |    |  |                        |  |  |  |    |  |                    |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----|--|----|--|------------------------|--|--|--|----|--|--------------------|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  |  |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI |  | NO                 |  |  |  |
| CONTRAREFERENCIA       |  |  |  |    |  |    |  |                        |  |  |  |    |  | REFERENCIA INVERSA |  |  |  |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|    |  |  |  |    |  |  |  |
|----|--|--|--|----|--|--|--|
| 1. |  |  |  | 4. |  |  |  |
| 2. |  |  |  | 5. |  |  |  |
| 3. |  |  |  | 6. |  |  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |

