

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	GILER	MILEIDY FERNANDA	11	08	2011	13 años, 1 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317550638	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	999-999-9999 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1317550638	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2024	10	04
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 FEMENINA DE 13 AÑOS DE EDAD, NO REFIERE ANTECEDENTES QUIRURGICOS. PACIENTE CON CUADRO DE LARGA EVOLUCION DE ARTRALGIA EN AMBAS RODILLAS, QUE IMPOSIBILITAN LA MARCHA A LA APARICION DE DOLOR. DOLOR QUE NO MEJORA CON LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS DE PRIMERA LINEA, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR A LA MARCHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS, NO ESPECIFICADA		M139	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-04	11:58	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	 Firmado electrónicamente por: JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

Dr. Irving Buitron Nieto
C.I. 1310629818
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

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
2024-10-04	11:58	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	