

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRANDA	VARGAS	EDISON VICENTE	04	04	1965	59 años, 11 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1704358538	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA EL BEJUCO HACHA y	093-951-8493 / (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	1704358538	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	03	19
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 MASCULINO CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 84% ACUDE A CONTROL MEDICO, REFIERE DOLOR EN ARTICULACIONES DE DEDOS DE LAS MANOS DE MAYOR INTENSIDAD EN LA MANO IZQUIERDA DE AÑOS DE EVOLUCION, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CADIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN ARTICULACIONES DE DEDOS DE LAS MANOS DE MAYOR INTENSIDAD EN LA MANO IZQUIERDA DE AÑOS DE EVOLUCION, RIGIDEZ E INFLAMACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	11:45	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2025-03-19	11:45	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	