

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	ZAMBRANO	KARINA ALEJANDRA	04	06	1988	36 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1719425694	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CULEBRA y	098-899-4731 /
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	1719425694	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	02	25
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	☐	AR?	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 36 AÑOS, APP: ASMA BRONQUIAL CON ALERGIA DOMINANTE, APF: HTA (MAMA). PACIENTE QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR RIGIDEZ MATUTINA Y ARTRALGIAS DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, REFIERE SINTOMAS HAN EMPEORADO EN LAS ULTIMAS SEMANAS. ADEMAS REFIERE CRISIS ASMÁTICAS A REPETICIÓN EN LAS ULTIMAS SEMANAS, REFIERE ULTIMA CRISIS ASMÁTICA HACE 4 DÍAS, EN LA CUAL ACUDIÓ A INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA CUAL TUVO MEJORÍA DE SÍNTOMAS, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA CHASQUIDO Y DOLOR EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA AL MOVIMIENTO. TAMBIEN REFIERE LEVE MOLESTIA EN EPIGASTRIO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, REACTIVA, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA. 0988994731 SE ENVIA RX DE VARIAS ARTICULACIONES SIN EMBARGO TRAE RX ÚNICAMENTE DE RODILLA DERECHA DONDE SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR. SE INDICÓ EN CONSULTA ANTERIOR PREDNISONA 20 MG POR 5 DÍAS CON MEJORÍA DE LOS SINTOMAS, FACTOR REUMATOIDEO Y PCR NEGATIVO, NO SE REALIZA ANTICUERPO CITRULINADO. PACIENTE CON 3 GESTAS 3 CESAREAS 0 ABORTO Y SALPINGECTOMIA HACE 4 AÑOS, PRESENTA 2 MESES DE AMENORREA, NÁUSEAS, MAREO Y CONGESTIÓN MAMARIA, ANTOJOS Y AVERSIÓN A CIERTOS OLORES, SE ENVIA ECOGRAFÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	10:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	10:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	