



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		001414	San Antonio		CS	1305443283					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Vargas		Zambrano		Nubia		Estilita		M	26-10-1968	56	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0969483359				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive	
13				1303		130357		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
				5. Problemas de infraestructura.						X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Reumatologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
VALORACION	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
VALORACION	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificacion		M059		X	4.						
2.						5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-25	10:38	Esther		Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311821787					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP					CENTRO DE SALUD	1305443283			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	
MSP		San Antonio		13D07	//	



C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

16 De Noviembre 2022: Referencia Del Msp. Primera Atencion. Paciente Con App De Hipotiroidismo- Consulta En 2018 Por Poliartralgias No Se Concluyo Diagnostico Porque No Se Realizo Examen Y No Acudio A Controles. Refiere Haberse Matenido Todos Estos Años Con Corticoterapia Prolongada. Al Momento Refiere Dolor Poliarticular A Predominio De Rodillas. Al Ex Físico Limitacion De Rangos Articulares De Carpos- Hombros Y Rodillas- Falanges De Manos Tuemfactas. Solicito Examen Y Rx- Indico Aines Reglados Vo E Im Por Ciclo Corto- Colchicina Vo- Bajar Dosis De Metilprednisolona A 2mg Dias Alternos. Control Con Lo Solicitado...Diciembre 2022: Control Por Artritis Reumatoide - Revision De Examen Y Radiografias. Examen Del 28 De Noviembre 2022: Vsg 35- Pcr 24- Rf Latex 16- Gb 7.30- Gr 4.6- Hb 13.8- Hto 42.7%- Pla 320- Glucosa 97.9- Colesterol Total 181- Trigliceridos 78- Ac Urico 5.54- Urea 27- Creat 0.8- Tg 19- Tgp 23. Rx De Hombros Con Osteopenia Difusa - Pinzamiento Acromioclavicular Izquierdo.Rx Manos Osteopenia Difusa- Pinzamiento Radiocarpiano Bilateral- Pinzamientos Asimetricos De Interfalangicas Distales Algunas Proximales- Rx Rodillas Pinzamiento Bicompartimental. Se Inicia Metotrexato En Dosis De 7.5mg Semanal- Ac Folico 10mg Semanal- Calcio + Vit D3 Vo Qd- Colchicina Vo Qd- Analgesia Tramadol + Paracetamol- Continuar Metilprednisolona 4mg Qd...Marzo 2023: Control Por Artritis Reumatoide Seropositiva. Paciente Con App De Hipotiroidismo- Ar De Larga Data- Que No Llevaba Tratamiento- Hace 4 Meses Iniciamos Metotrexato En Dosis De 7.5mg Con Buena Tolerancia Y Adherencia- Al Momento Refiere Mejoria De Artralgias Y Rangos Articulares- Al Momento Sin Inflamacion- Continua Con Metilprednisolona 4mg Qd. Se Indicia Aumentar Dosis De Mtx A 10mg Semanal- Continuar Ac Alendronico 70mg Vo Semanal- Vit D3 Mensual. Se Sugiere Controles Cada 4 Meses. No Hay Disponibilidad De Agendamiento Para Citas Subsecuentes...Atencion 18 De Noviembre 2024: Referencia Del Msp- Paciente Con less Campesino- Diagnostico Conocido- Ultimo Control Marzo 2023.Paciente Con App De Hipotiroidismo- Artritis Reumatoide Seropositiva De Varios Años De Evolucion - Artroplastia De Rodilla Izquierda Hace 6 Meses. Se Encuentra Tomando Metilprednisolona De 4mg - Calcio Vo. Trae Dmo Del 2 De Sept 2024: T.Score Col Lumbar Total-2.2- L3 -3.0- Radio Distal -3.9- Femur Izquierdo -2.7. Al Momento Presenta Dolor E Inflamacion De Carpo Izquierdo- Goalgia Izquierda- Coxalgia Izquierda- Lumbalgia Mecanica . Al Ex Físico Inflamacion De Carpo Izquierdo- Dolor A La Palpacion De Hombros- Codos- Rodilla Izquierda. Se Indica Reiniciar Tto Con Metotrexato Vo 15mg Semanal- Ac Folico 10mg Vo Qd- Prednisona 20mg Vo Qd- Ac Ibuprofeno 150mg Vo Mensual-Carga Mensual De Vit D3. Isopnificables Vo. .Rx Hombros Esclerosis Subcondral- Osteopenia Difusa- Pinzamiento Acromioclavicular Bilateral- Rx Pinzamiento Coxofemoral Bilateral- Rx Col Lumbosacra Escoliosis- Pinzamiento L3-L4- L4-L5- L5-S1- Osteofitos Marginales- Rx Manos Pinzamiento Radiocarpiano Bilateral- Pinzamiento Asimetricos De Interfalangicas Distales. .Atencion 14 De Mayo 2025: Paciente Con Artroplastia De Rodilla Izquierda Hace 1 Año- Refiere Mejoria De Capacidad Funcional. Actualmente Poliartralgias Leves Sin Inflamacion. Se Solicita Ex De Control Y Se Indica Mantener Metotrexato Vo 15mg Semanal- Ac Folico 10mg Vo Qd- Prednisona 5mg Vo Qd- Ac Ibuprofeno 150mg Vo Mensual-Carga Mensual De Vit D3. Complejo B- Calcio Vo.

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1. Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificacion

M059

X

4.

2.

5.

3.

6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308809787				