



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	Chone		CS-C	1304861543						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Muñoz		Zambrano		Sandra		Rocio		M	05-05-1962	63	H D M A	
											X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
096-904-6759				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 resolutoria					
13		1303	130301		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.								

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
PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO- ACUDE PARA REALIZAR REVISIONDE EXAMENES DE LABORATORIO. AL MOMENTO DE LA CONS ULTA INDICA QUE PRESENTA UNA MASA DE APROXIMADAMENTE 0.5CM DECARACTER MOVIL Y GRASO. ADEMAS PRESENTA DOLOR EN FALANGES DE AMBAS MANOS QUE EMPEORA EN LAS MAÑANAS JUNTO CONRIGIDEZ. NIEGA OTROS SINTOMAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
OTROS ANALISIS: GLUCOSA 95.1 MG/DL 70 - 110 ÁCIDO ÚRICO 5.26 MG/DL 2.4 - 6 OTROS ANALISIS: FACTOR REUMATOIDEO (LATEX)CUALITATIVO POSITIVO (++) BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRIA HEMÁTICA RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.88 10^6/?L 4 - 6 HEMOGLOBINA13.5 G/DL 13 - 17 HEMATOCRITO 42.6 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 87.3 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA(HCM) 27.7 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 31.7 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 12.9% 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 43.2 ?M³ PLAQUETAS 216 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.22 % 0.1 - 0.5VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 10.2 ?M³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 12.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTOCELULAS GRANDES) 56 10³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 25.7 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 5.09 10³/?L 4 - 10LINFOCITOS (%) 36.1 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) 52.8 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 6.9 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 3.9 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%)0.3 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 1.84 10³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 2.68 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.35 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.210³/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#) 0.02 10³/?L 0 - 0.2

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
2026-04-21	07:00	Andres		Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1314783083					

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

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						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	