



| 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           | Pavon                            | CS-A                      | 1307324267                       |                   |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                               | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |   |   |   |  |
| Moreira                                                     | Moreira          | Leny                             | Eloisa                    | M                                | 17-08-1974        | 51                                 | H                                                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                  |                           |                                  |                   |                                    |                                                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| 0994917901                                                  |                  | 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                      |   | X |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130356                           | 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 CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA EN SEGUIMIENTO DESDE 2019- CON EVOLUCIÓN CRÓNICACARACTERIZADA POR EPISODIOS RECURRENTES DE ARTRALGIAS (CODO- MANOS- TOBILLOS- RODILLAS)- TALALGIA BILATERALASOCIADA A ESPOLÓN CALCÁNEO- Y COMPROMISO AXIAL (CERVICALGIA- DORSALGIA). HA RECIBIDO MANEJO CON FISIOTERAPIA- AINES Y TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD (METOTREXATO 15 MG SEMANAL)- CON RESPUESTA PARCIAL Y REAGUDIZACIONES INTERMITENTES. ESTUDIOS DE IMAGEN EVIDENCIAN CAMBIOS DEGENERATIVOS ARTICULARES (PINZAMIENTOS ARTICULARES MÚLTIPLES- ESCOLIOSIS- COMPROMISO GLENOHUMERAL Y RODILLAS)- Y LABORATORIOS CON ELEVACIÓN DE REACTANTES DE FASE AGUDA EN CONTROLES RECIENTES. ACTUALMENTE PRESENTA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS ARTICULARES(OMBALGIA- ARTRALGIA DE CODO)- REQUIRIENDO AJUSTE TERAPÉUTICO CON CORTICOIDES Y CONTINUIDAD DE FÁRMACOS MODIFICADORES. CUADRO CRÓNICO- EVOLUTIVO- CON COMPROMISO MULTIARTICULAR Y EVIDENCIA DE PROGRESIÓN- POR LO QUE AMERITA CONTINUAR SEGUIMIENTO Y MANEJO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PARA CONTROL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD- AJUSTE DE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE DAÑO ARTICULAR. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMÁGENES QUE EVIDENCIAN CAMBIOS DEGENERATIVOS ARTICULARES MULTINIVEL: ESPOLÓN CALCÁNEO BILATERAL- PINZAMIENTOGLENOHUMERAL EN AMBOS HOMBROS- ESCOLIOSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO L3-L4- PINZAMIENTO PATELFEMORAL EN RODILLAIZQUIERDA- Y COMPROMISO DE ARTICULACIONES DE MANOS CON PINZAMIENTO RADIOCARPIANO BILATERAL Y AFECTACIÓN DEINTERFALÁNGICAS DISTALES. HALLAZGOS COMPATIBLES CON ENFERMEDAD ARTICULAR CRÓNICA DE TIPO DEGENERATIVO INFLAMATORIO. |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Artritis Reumatoide Seronegativa   | M060 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-06-29                            | 09:24           | Jose          | Rivera          | Lino             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1313828921                            |                 |               |                 |                  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |