



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