

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GANCHOZO	CARRASCO	CIRA LEONOR	04	08	1953	71 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0400528428	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	AV CHONE y LIBERTAD	098-924-6050 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0400528428	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D05 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatologia	2025	09	19
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD SEXO MUJER CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 60 % ACUDE SOLA A LA CONSULTA, SOLICITA INICIAR EL PROCESO DE RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, REFIERE APP: H.T.A + ESCLERODERMIA DIFUSA VARIATE CREST + FIBROSIS PULMONAR CRÓNICA + SÍNDROME DE RAYNAUD. RECIBIÓ CONTROL X REUMATOLOGÍA EN EL HOSPT LUIS VERNAZA HASTA HACE APROX 4 AÑOS, TAMBIÉN HA DESCONTINUADO CONTROL CON NEUMÓLOGO. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON CANDESARTAN + AMLODIPINO 16/5 mg (MINAR), PREDNISONA 10 mg QD, NIFEDIPINO 10 mg VO QD AM, TOMABA MICOFELANATO 500 mg LA SUSPENDIÓ X EL COSTO ALTO, REFIERE DOLOR EN ARTICULACIONES DE HOMBROS, MANOS CON DIFICULTAD PARA LA FLEXIÓN DE LOS DEDOS, DOLOR EN ARTICULACIONES DE COLUMNA, CADERA Y PIERNAS, TAMBIÉN TIENE ALTERACIÓN EN LA MEMORIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXA ENVIADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA	M340		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	 DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR Validar Únicamente con FirmaEC

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
2025-07-24	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	 DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR Validar Únicamente con FirmaEC

