

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	PALMA	MARIA DOLORES	12	05	1972	53 años, 8 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0915673917	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	BARRIO SAN LORENZO 2 y	097-887-7889 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0915673917	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	01	20
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

APP: DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 850 1 TABLETA DESPUES DE ALMUERZO, ARTRITIS REUMATOIDEA. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN REGION DE ARTICULACION DE AMBAS RODILLAS, TOBILLOS, HOMBROS, MUÑECAS, DEDOS DE LAS MANOS QUE SE ACOMPAÑA DE RIGIDEZ EN HORARIOS MATUTINOS. EXAMENES DE LABORATORIOS: 14/06/2025: ANTI-DNA: - ANA:- ANTIPEPTIDOCITRULINADO: 28. EXAMEN FISICO: DOLOR A LA DIGITOPRESION AN ARTICULACION DE AMBAS MANOS Y DEDOS, NODULOS DE BOUCHAT Y DEFORMIDAD DE DEDO MAÑIWUE DE MANO IZQUIERDA. PLAN FRAMACOLOGICO: INFILTREX 1 TABLETA DIARIA, METROTEXATE 7.5 MG 1 VEZ A LA SEMANA (MARTES) GABAPENTINA 300 MG 1 CAPSULA 8 PM. ACIDO FOLICO 5 MG 1 TABLETA 10 DE LA MAÑANA, PREDNISONA 5 MG 8 AM. PACIENTE CON OBESIDAD TIPO I, SEDENTARIA. REFERENCIA A REUMATOLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	09:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2026-01-20	09:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

