

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
YUPANQUI	HERAS	MILDRE IVON	16	07	1984	41 años, 4 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0924183452	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CULEBRA y	097-895-3332 /
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	0924183452	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	12	15
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 CON APP DE PROLAPSO UTERINO, LITIASIS RENAL BILATERAL 0.34 A 0.62 CM DEL LITO MÁS GRANDE NO SE INFORMA SOBRE ECTASIA PIELOCALICIAL, FG 76 (18/11)), MIOMATOSIS INTRAMURAL 0.89 CM. VISTA YA POR GASTROENTEROLOGÍA, AL TENER SINTOMAS DIGESTIVOS, ADEMÁS TIENE TURNO CON ENDOCRINOLOGÍA, LLAMA LA ATENCIÓN MELASMA, PIEL SECA, ONICOLISIS, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, ICTERICIA. (NO HIPERBILIRRUBINEMIA) DISTENSIÓN ABDOMINAL, A PESAR DE QUE TIENE TSH 391 CON FT4 Y FT3 NORMALES. SE ENVIA PARA INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA. 0978856870

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIMIALGIA REUMATICA	M353	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	10:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-12-15	10:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	