

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	COOX	ALEX IVAN	22	12	1992	33 años, 5 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0929341824	MANABI	JUNIN	JUNIN	SITIO CAÑA y SN	098-680-1529 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0929341824	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	06	04
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	☐	valoracion	

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente masculino de 33 años de edad, con app de dm1 sin tto actual y sinuvtis de tobillo espontanea anterior. Acude a consulta subsecuente con resultados de laboratorio, menciona que desde hace 12 días y de forma esporadica persiste el dolor articular en codo y rodilla derechos, con disminucìon del aumento volumen y limitacion para extender el codo y rodilla...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: hgb: 12.5 g/dl vcm: 82.7 fl hcm: 28.8 pg wbc: 12850/mm3 y plaquetas: 404000/mm3 OTROS ANALISIS: VSG: 80 MM/H PRUEBAS ESPECIALES: FR: 13.19 UL/ML ANTICUERPO PEPTIDO CITRULINADO: 0.5 U/ML ULTRASONIDO: ecografia de rodilla derecha: presencia de liquido a nivel suprarotuliano con proliferacion sinovial, otras estructuras conservadas..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	11:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	

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
2026-06-04	11:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	