

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	CARRION	ROSAURA	20	05	1956	69 años, 2 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1101439675	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BOLIVAR y 7 DE AGOSTO	098-685-2530 / (99)-999-9999
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/Área
MSP	1101439675	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	08	05
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 FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD, APP HTA (LOSARTAN 100MG QD), DM TRATADA CON METFORMINA QD, ANEURISMA CEREBRAL Y ARTRITIS. ALERGIA AL POLVO, APQX NO REFIERE. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA, REFIERE PRESENCIA DE NODULO EN CUELLO DE LADO IZQUIERDO. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA OROFARINGE CONGESTIVA, NO SE OBSERVAN EXUDADOS, AMIGDALAS NORMALES. A LA PALPACION EN CUELLO SE PALPA PEQUEÑA MASA EN LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO. NO SE PALPAN ADENOPATIAS CERVICALES. REFIERE CONTAR CON ORDEN PARA ESPECIALISTA POR MASA CERVICAL. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SENSIBILIDAD EN HIPOCONDRIO Y FLANCO DERECHO. PUÑO PERCUSION POSITIVA EN FOSA LUMBAR DERECHA. SE OBSERVA DEFORMIDAD ARTICULAR EN DEDOS DE LAS MANOS, SE EVIDENCIA DEBILIDAD Y RIGIDEZ.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M139		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-08-05	11:46	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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
2025-08-05	11:46	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

