

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	MARIA CECIBEL	27	04	1990	35 años, 10 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310544513	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLEJON H4 y SN	099-222-4837 / (00)-000-0000
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	1310544513	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	03	03
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 ACUDE A CONTROL MEDICO POR PRESENTAR HEMATOMA EN PIEL ADEMAS DE FATIGA MAS MOLESTIAS ARTICULARES , DE VARIOS MESES DE EVOLUCION SE SOLICITA SU VALORACION SEGUIMIENTO Y DIAGNOSTICO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMATOLOGIA Y COAGULACION Fibrinogeno ¿358.1 mg/dL 180-350 Coagulometría automatizada * Anticoagulante Lúpico La1 ¿44.1 seg 31-44 Coagulometría automatizada * Anticoagulante Lúpico La2 ¿39.0 seg 30-38 Coagulometría automatizada Razon Lac 1.13 RANGOS DE REFERENCIA: POSITIVO FUERTE: > 2.0 POSITIVO MODERADO: 1.5 - 2.0 POSITIVO DEBIL: 1.2 - 1.5 NEGATIVO: < 1.2 * * Anticoagulante Lúpico La1 Mix 42.2 seg 31-44 Coagulometría automatizada * Anticoagulante Lúpico La2 Mix 37.5 seg 30-38 COAGULACIÓN Tiempo de Protrombina - TP 12.1 Seg. 11.1-14.3 Tiempo Parcial de Tromboplastina - TTP 27.3 Seg. 20 - 40 Dímero - D 0.4 ug/mL Menor a 0.5 ug/mL
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	M329	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	09:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	

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
2026-03-03	09:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	

