

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	QUIROZ	CELIA EDITA	17	04	1955	71 años, 2 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302448806	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA RUDA y	093-972-2854 /
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	1302448806	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	06	30
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 RESULTADOS DE LABORATORIOS ALTERADOS EN FACTOR REUMATOIDE (+), ADEMAS INDICA DOLOR A A NIVEL DE ARTICULACIONES DE HOMBRO, ESPALDA, Y CADERA IZQUIERDA. DOLOR EN ARTICULACIONES DE MANOS FALANGES. ANTESCEDENTE DE DIABETES TIPO 2 SIN CONTROL PERO CON VALORES DENTRO DE NORMALIDAD, ACTUALMENTE TOMANDO METFORMINA DE 500 MG UNA DIARIA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FACTOR REUMATOIDE (+) DOLOR EN ARTICULACIONES DE HOMBRO, CADERA, ESPALDA, Y EN MANOS .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROPATIA REACTIVA, NO ESPECIFICADA	M029		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	10:14	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-06-30	10:14	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	