

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRETO	ZAMBRANO	HUMBERTO	30	09	1958	67 años, 7 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302916323	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SN y	000-000-0000 /
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	1302916323	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	05	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON LOSARTAN 50 mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS, ARTROPATIA GOTOSA CON TTO CON COLCHICINA UNA TABLETA DIARIA, COLÁGENO UNA CAPSULA DIARIA, CON SEGUIMIENTO SUBSECUENTE CON REUMATOLOGIA, ULTIMA CRISIS HACE +/- 6 MESES, PROVOCANDO EDEMA EN TOBILLOS Y RODILLAS, RIESGO CV A 10 AÑOS: 8% (MODERADO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 11 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA CONTINUAR VALORACIÓN SUBSECUENTE. *** 0982608388 - 0981502509 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MARCHA ANTALGICA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROPATIA GOTOSA DEBIDA A DEFECTOS ENZIMATICOS Y A OTROS TRASTORNOS HEREDITARIOS, CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M140		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	09:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-20	09:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

