

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARLIN	PONCE	DIMAS HOMERO	30	09	1945	79 años, 9 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303270589	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-994-9249 / (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/Area
MSP	1303270589	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	07	17
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	☐	ARTRITIS SERONEGATIVA	

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 79 AÑOS, CON ANTECEDENTES CLINICOS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG VO QD, DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON INSULINA 8 UI AM Y 6UI PM, CANCER PROSTATICO CON TRATAMIENTO NO ESPECIFICADO EN CONSULTA, ANTECEDENTES QUIRURGICOSO DE COLECISTECTOMIA HACE VARIOS AÑOS. PACIENTE CON POLIARTRITIS DE LARGA EVOLUCION, RIGIDEZ MATUTINA EN MANOS, A EXPLORACION SE OBSERVA INFLAMACION EN ARTICULACIONES INTERFALANGICAS Y RADIO RADIOCARPIANA EN AMBAS MANOS, DOLOR A MANIPULACION DE ARTICULACIONES DESCRITAS, TRAE PARACLINICOS QUE MUESTRAN PCR 0.7 FX REUMATOIDE NEGATIVO, ASTO NEGATIVO, SE SOLICITA VALORACION POR REUMAOLOGIA. // NUMERO TELEFONICO 0964107795 //0989949249

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	14:21	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-07-17	14:21	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

