

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	CUSME	MARIA DOLORES	24	06	1960	65 años, 10 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303575383	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ELOY ALFARO y	099-771-3073 / (05)-268-5319
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	1303575383	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	04
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

MUJER DE 65 AÑOS CON APP, ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, CON TRATAMIENTO METROTEXATO 5MG, VO TID (MIERCOLES) PREDNISONA 5MG VO QD, AM ACIDO FOLICO 1MG, ACIDO ALENDRONICO 70MG VO (DOMINGO) CALCIO 500MG VOQ D CON CA PIEL EN CONTROL SOLCA CON APP DE DIABETES MELLITUS 2 CON TRATAMIENTO METFORMINA 1000MG VO QD E HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO LOSARTAN 50MG VO BID CON CUADRO PRESUNTIVO DE NODULO TIROIDEO APQ; CA PIEL APF MADRE CA UTERO (+) HERMANOS DIABETICOS,,,, ACUDE A CONTROL ECNT REFIERE MEJORIA DE ARTRALGIAS, AL MOMENTO SIN INFLAMACION. CONTROL Y VALORACION HOSPITAL CHONE REUMATOLOGIA. HOY ALERTA Y ASINTOMATICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE DE TAC DE CUELLO SIMPLE Y CONTRASTADA QUE DESCRIBE PARENQUIMA TIROIDEO HETEROGENEO CON MULTIPLE IMAGENES NODULARES DIFUSAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	08:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-05-04	08:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	