

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	ZAMBRANO	TERESA GENOVEVA	06	02	1962	64 años, 5 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303601817	MANABI	CHONE	BOYACA	VIA ESTERO SECO y	098-609-3810 /
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	1303601817	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2026	07	31	
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 femenina de 64 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento y artritis reumatoidea en control con especialidad. Paciente refiere que presenta dolor crónico en escala de Eva 6/10 a pesar de tratamiento, con incapacidad de bipedestación y dismovilidad con aumento progresivo en los últimos meses. Al momento, paciente hemodinámicamente estable - afebril - colaborativa.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Extremidades superiores e inferiores con limitación funcional y dolor a la movilización activa y pasiva de pequeñas y grandes articulaciones. Se evidencia tumefacción y deformidad en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales bilateralmente, con desviación cubital de dedos. Rigidez matutina referida. Disminución de fuerza muscular por dolor. No edema en miembros inferiores.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-31	13:59	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	

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
2026-07-31	13:59	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	

