

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MEJIA	MARIA SOLANDA	30	09	1960	65 años, 7 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303627192	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	098-020-9370 /
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	1303627192	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	08
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 65 AÑOS DE EDAD CON DE DISCAPACIDAD FISICA 40%. CON APP SECUELA DE POLIOMILITIS, CON ARTRITIS REUMATOIDE SIN TRATAMIENTO ACTUAL APQ SALPINGECTOMIA BILATERAL, ALERGIA NIEGA APF MADRE CON DIABETES E HIPERTENSION HERMANA/O CON DIABETES ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, A NIVEL DE RODILLAS Y TOBILLOS CON PREDOMINIO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ACOMPAÑADA DE EDEMA SE EXACERBA A LA BIPEDESTACION PROLONGADA Y CON EL REPOSO NOCTURNO, QUE LE IMPIDE LA DEAMBULACION POR LO QUE USA AYUDA TECNICA (BASTON) PARA SU TRASLADO. AL EXAMEN FISICO: *MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CON ATROFIA MUSCULAR POR SECUELA DE POLIO *MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO A LA PALPACION DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION SE APRECIA CRUJIDO, CHASQUIDO EN RODILLA PRESENCIA DE EDEMA CON FOVEA ++ HOY CON PERSISTENCIA DE DOLOR ARTICULAR CON PREDOMINIO EN PIERNA IZQUIERDA. ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN LABORATORIOS SIN RX

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	13:56	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 clínico

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
2026-05-08	13:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	