

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	DOMINGUEZ	SARA PATRICIA	10	12	1961	64 años, 2 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	1303784324	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA SEGUA y VIA SAN VICENTE	099-314-4235 /
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	1303784324	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2026	02	20
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 DE 63 AÑOS CON APP CA DE TIROIDES, PACIENTE REFIERES FUERTES DOLORES EN LAS ARTICULACIONES BI LATERALES EN TODO EL CUERPO, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA "CUELLO DE CISNE" EN AMBAS MANOS, PACIENTE REFIERE DIFICULTAD DE MOVILIDAD EN LA MAÑANA CON UNA RIGIDEZ MARCADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 63 AÑOS CON APP CA DE TIROIDES, PACIENTE REFIERES FUERTES DOLORES EN LAS ARTICULACIONES BI LATERALES EN TODO EL CUERPO, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA "CUELLO DE CISNE" EN AMBAS MANOS, PACIENTE REFIERE DIFICULTAD DE MOVILIDAD EN LA MAÑANA CON UNA RIGIDEZ MARCADA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-20	12:16	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-02-20	12:16	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	