

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HUERTA	LUCAS	ROSI MARIA JANETH	03	12	1960	64 años, 1 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	1303841348	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	JUAN MONTLAVO y	099-212-1940 /
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	1303841348	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	01	13	
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 64 AÑOS CON APP DE ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS, RINITIS ASMATICA APQ; NIEGA, ALERGIA,POLVO Y HUMO APF HERMANOS CON DIABETES MELLITUS Y CA EN PANCREAS Y LEUCEMIA ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJA A CONTROL DE SALUD, NIEGA NOVEDADES REFIERE CONTROLES EN HOSPITAL DE CHONE POR REUMATOLOGIA Y NEUMOLOGIA AL EX FISICO DOLOR A LA PALPACION DE ALGUNAS INTERFALAGNICAS PROXIMALES, DISCRETA TUEMFACCION CON AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL. HOY ASINTOMATICA ALERTA Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LABORATORIOS REALIZADO HOSPITAL DE CHONE 08/01/25

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	11:57	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
2025-01-13	11:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	