

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	MACIAS	NOHEMI ALASI	08	09	1959	65 años, 4 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304525155	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y 9 DE OCTUBRE	096-099-4744 /
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	1304525155	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	02	07
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 65 AÑOS DE EDAD. APP HTA TRATADA CON LOSARTAN 50MG + CARVEDILOL 6.25MG. HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA 1 TABLETA DIARIA EN AYUNAS. ALERGIAS NO REFIERE. APF MAMA FALLAECIDA POR PROBLEMA DE VESICULA BILIAR REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR DEFORMIDAD DE LOS DEDOS DE AMBAS MANOS LATERALIZADOS HACIA LA DERECHA DESDE HACE 8 AÑOS ACOMPAÑADA DE DOLOR DE ARTICULACIONES A NIVEL DE ARTICULACIONES DE RODILLAS, HOMBROS, CODOS, MUÑECAS, QUE AUMENTA MAS EN LA NOCHE, ACOMPAÑADA DE RIGIDEZ UNA HORA DURANTE LAS MAÑANAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAN DEFORMIDAD DE ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS DE AMBAS MANOS Y AMBOS PIES, ADEMAS DISMINUCION DE RANGO DE MOVIMIENTO DE AMBAS MANOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	15:00	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-02-07	15:00	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

