

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CHAVEZ           | CHAVEZ           | ANGELA MARIA | 07                  | 09  | 1949 | 75 años, 10 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304551896        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | BADEAL y                     | 095-952-3762 /       |
| 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                 | 1304551896      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología |  | 2025  | 07  | 21  |
| 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

ECOGRAFÍA RENAL REPORTA EN RD MICROLITIASIS Y EN RINÓN IZQUIERDO LITOS DE 3 A 4 MM UBICADOS A NIVEL DE ZONA CORTICAL. SE REALIZA LABORATORIO QUE DEMUESTRA Glucosa 110.8 mg/dL Urea 20.3 mg/dL Creatinina 1.03 mg/dL 0.6 - 1.1 Colesterol 268.9 mg/dL Triglicéridos 221.5 CON 61 ML/MIN DE FILTRADO GLOMERULAR. RAL 4.1 AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN MANOS Y CODOS SE DESPIERTA CON EL DOLOR Y EMPEORA CON ACTIVIDADES FISICAS, EN OCASIONES ADORMECIMIENTO DE MANOS, RIGIDEZ ARTICULAR, DOLOR EN CODOS Y HOMBROS, SE ENVIA RX Y CITRULINADOS AL EXAMEN FISICO DOLOR EN CARPO Y ART MCP E IFI PROXIMAL Y DISTAL, SE ENVIA RX Y LABORATORIO. PCR 8.11 FACTOR REUMATOIDEO 10.46 VSG 27 DOLOR ARTICULAR DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------|--------|-----|-----|
| POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA | M159   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-07-21 | 10:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-07-21 | 10:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

