

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA	VERGARA	MARIA LUCRECIA	15	12	1940	85 años, 7 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304599135	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SUBIDA AL CEMENTERIO y	098-483-0652 /
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	1304599135	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	08	04
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 85 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA 84% CON APP DE HTA CON TTO AMLODIPINO 5MG VO QD PM CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ERC ETAPA 3 ASM HIPOACUSIA EN CONTROL Y SGUIMEINTO HOSPITAL DE CHONE POR REUMATOLOGIA, NEFROLOGIA Y GERIATRIA ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJA POR CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ERUPCIONES CUTANEA DE APARICION ESPONTANEA REFIERE PRURITO GENERALIZADO, HOY CON PERSISTECNIA DE CUADRO CLINICO, FAMILIAR REFIERE MEDICACION DESONIDA 0,05% BID 14 DIAS, BILASTINA 20MG X 14 DIAS, HIDRATAACION DE PIEL TRES VECES AL DIA, USO DE JABON NEUTRO 6/14 DIAS SIN MEJORIA DE CUADRO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ERUPCIONES CUTANEAS EN ABDOEMN Y BRAZOS, SE APRECIA LEVES PAPULAS EN ESPALDA SIGNOS VITALES TA 100/60MMHG NIEGA SIGNO DE VASOESPASMO. AL MOMENTO REFIERE LEVE PRURITO ALERTA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	15:27	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 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
2026-08-04	15:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	