

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CORTEZ           |                  | WILSON ALCIVIADES | 12                  | 12  | 1964 | 61 años, 6 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304605189        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO MATA DE PLATANO y SITIO MATA DE PLATANO | 096-976-3516 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria                  | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud                   | Tipo            | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------------------------|-----------------|----------------|--|--|
| MSP                 | 1304605189      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología | 2026  | 07  | 07  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR POLIARTICULAR GENERALIZADA DESDE HACE VARIOS MESES DE EVOLUCION, SE EVIDENCIA FACTOR 61.62 UI/ml POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIO Y TRATAM,IENTO CON REUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO LACTICO: Examen Resultado Unidad V. Referencia Hematología BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.38 10<sup>6</sup>/μL 5 - 6.5 Hemoglobina 13.8 g/dL 13 - 16 Hematocrito 42.9 % 39 - 45 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 97.9 μm<sup>3</sup> 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 31.5 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.1 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 54.0 μm<sup>3</sup> Plaquetas 190 10<sup>3</sup>/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.17 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 8.8 μm<sup>3</sup> 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 16.3 % 10 - 18 Glóbulos Blancos 5.65 10<sup>3</sup>/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 31.6 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 60.3 % 55 - 65 Monocitos (%) 6.2 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 1.5 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.4 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.78 10<sup>3</sup>/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.41 10<sup>3</sup>/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.35 10<sup>3</sup>/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.09 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.02 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.2 Método: CBC-IMI Automatizado Validado por: Lcda. Liliana Moreira Muñoz Bioquímica Glucosa 101.63 mg/dL 70 - 110 Urea 31.67 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.75 mg/dL 0.7 - 1.4 Ácido Úrico 3.82 mg/dl 3.4 - 7 Colesterol 193.87 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 76.45 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 30.57 U/L 0 - 38 TGP/ALT 26.5 U/L 0 - 42 Método: Fotometría Automatizada Antiestreptolisina (ASTO) Cuantitativo 22.31 UI/ml 0 - 200 FACTOR REUMATOIDEO Factor Reumatoideo 61.62 UI/mL 0 - 18 Método: Turbidimetría Automática PCR Cuantitativo 2.32 mg/L 0 - 5 Método: Inmunofluorescencia Validado por: Lcda. Liliana Moreira Muñoz Coproanálisis COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCÓPICO Color Café Consistencia Pastosa EXAMEN COPROLÓGICO Flora Bacteriana Aumentada EXAMEN COPROPARASITARIO Quistes de Ameba Coli ++ Quistes de Ameba Histolytica + Método: Microscopía Validado por: Lcda. Liliana Moreira Muñoz Serología PSA Total Negativo Método: Inmunocromatografía Eritrosedimentación Westergren 9.32 mm/hora 1 - 15 Método: Sedimentación Westergren Helicobacter Pylori en Hece Negativo Sangre Oculta en Hece Negativo Método: Inmunocromatografía Validado por: Lcda. Liliana Moreira Muñoz

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-07 | 09:04 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-07 | 09:04 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |