

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CARDENA	ARTURO HERMOGENES	02	04	1963	62 años, 8 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304696931	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-978-7209 /
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	1304696931	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	12	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	Artritis crónica poliarticular con hiperuricemia.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE GOTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS, QUIEN PRESENTA EPISODIOS RECURRENTES DE ARTRALGIAS Y EDEMA ARTICULAR EN CODOS, RODILLAS Y OTRAS ARTICULACIONES, ACOMPAÑADOS DE SENSACIÓN DE CALOR LOCAL. REFIERE DOLOR ÓSEO INTENSO AL INGERIR LÍQUIDOS FRÍOS. EN ESTA OCASIÓN DESPERTÓ A LAS 03:00 CON INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE Y CAMINAR, ACUDIENDO AL HOSPITAL A LAS 08:00, DONDE RECIBIÓ ANALGESIA CON LIGERA MEJORÍA. CELULAR 0989787209

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LABORATORIO: 01-12-2025 / LEUCOCITOS 11.76 , LINFOCITOS 16.07, MONOCITOS 3.88, NEUTROFILOS 79.06 , GLOBULOS ROJOS 5.05, HEMOGLOBINA 14.5, HEMATOCRITO 44.1, MCV 87.4, PLAQUETAS 318, MPV:9.8, ACIDO URICO 8.99, UREA 42.00 , BUN 19.61, TGO 14.00, TGP 22.00 ,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GOTA, NO ESPECIFICADA	M109	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-02	10:00	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-12-02	10:00	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

