

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	MAGDALENA CONCEPCION	03	12	1962	63 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304785650	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA LUIS NAVEDA y SN	099-109-2276 /
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	1304785650	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	20
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 ACUDE REFIRIENDO DOLOR EN LAS DIFERENTES ARTICULACIONES A PREDOMINIO DE LAS GRANDE ARTICULACIONES DE LARGA DATA TRAE ERITRO 30.17 MN/HORA, FACTOR REUMATOIDEO 44.2 MG/L, POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO LACTICO: Examen Resultado Unidad V. Referencia Hematología BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.68 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 13.6 g/dL 12 - 14 Hematocrito 41.5 % 36 - 42 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 88.8 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.0 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.7 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.3 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 45.8 μm³ Plaquetas 276 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.24 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 8.6 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 15.8 % 10 - 18 Glóbulos Blancos 7.38 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 45.7 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 46.7 % 55 - 65 Monocitos (%) 5.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.0 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.2 % 0 - 2 Linfocitos (#) 3.38 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.45 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.40 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.14 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.01 10³/μL 0 - 0.2 Método: CBC-IMI Automatizado Validado por: Lcdo. Jorge Cedeño Mera Bioquímica Glucosa 95.45 mg/dL 70 - 110 Urea 19.59 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.82 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.7 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 286.87 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 252.4 mg/dL 0 - 150 Bilirrubina Total 0.29 mg/dL 0 - 1.2 Bilirrubina Directa 0.09 mg/dL 0 - 0.3 Bilirrubina Indirecta 0.2 mg/dL 0 - 0.9 TGO/AST 26.85 U/L 0 - 31 TGP/ALT 35.33 U/L 0 - 32 Amilasa 87.7 U/L 28 - 100 Método: Fotometría Automatizada Antiestreptolisina (ASTO) Cuantitativo 16.73 UI/ml 0 - 200 FACTOR REUMATOIDEO Factor Reumatoideo 44.2 UI/mL 0 - 18 Método: Turbidimetría Automática PCR Cuantitativo 4.54 mg/L 0 - 5 Método: Inmunofluorescencia Validado por: Lcdo. Jorge Cedeño Mera Coproanálisis COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCÓPICO Color Café Consistencia Pastosa EXAMEN COPROLÓGICO Flora Bacteriana Aumentada EXAMEN COPROPARASITARIO Quistes de Ameba Histolytica + Método: Microscopía Validado por: Lcdo. Jorge Cedeño Mera Serología Eritrosedimentación Westergren 30.17 mm/hora 1 - 15 Método: Sedimentación Westergren Helicobacter Pylori en Heces Negativo Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Hepatitis C Anticuerpos Totales (HCV) Negativo Sangre Oculta en Heces Negativo

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	12:14	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 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
2026-07-20	12:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	