

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUÑOZ	MARIA JOSEFA	18	03	1965	61 años, 1 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	1304925140	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA 30 DE MARZO y MARIA INMACULADA	096-707-9267 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304925140	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	05	05
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	☐	OSTEOARTROSIS PRIMARIA G	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON DX DE ARTRTIIS REUMATOIDEA 2 DE AÑOS NO RECUERDA MEDICACIÓN REFIERE DOLOR ARTICULAR EN ART CARPIANA Y MCF BILATERAL CON DOLOR EN IFI PROXIMAL Y DISTAL. QUE AMANECE CON PACIENTE Y HA MEDIDA QUE REALIZA LAS ACTIVIDADES MEJORA. NO TOMA MEDICACIÓN DESDE HACE 6 MESES, REFIERE ADEMÁS HIPERTENSIÓN ARTERIAL TTO CON LOSARTAN 100 MG QD, ADEMÁS PRURITO CON LESIONES EN PECHOS PUSTULOSAS CON SIGNOS DE RASCADO Y MUY PRIRIGINOSAS. SE ENVIA LABORATORIO PARA SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGÍA. TIENE LABORATORIO QUE INFORMA VSG 25 PCR 10 FR 5.20 NO TRAE RX NI ANTICCP 0968650813

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	08:32	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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	