

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	PEÑARRIETA	MARIA CECILIA	16	03	1968	56 años, 9 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304964081	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-752-3576 /
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	1304964081	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	01	07
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	☐	AR	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DOLOR ARTICULAR DESDE HACE 13 AÑOS, PREDOMINANTEMENTE EN TOBILLOS RODILLAS HOMBROS, CARPO Y DEDOS DE LA MANO CON RIGIDEZ ARTICULAR, IMPOSIBILITA LA DEAMBULACIÓN, HA SIDO MEDICADA CON AINES. TRAE FACTOR REUMATOIDEO 1.12 PCR 20 ANTI CCP 2.80. A PESAR DE QUE MED GENERAL ENVIÓ RX NO TRAE A CONSULTA 0997523576 (MARIA LOURDES MERA-NUERA) SE ENVIA RX Y SE AGENDA REFERENCIA PARA REUMATOLOGÍA. SE MEDICA CON CORTICOIDES. PACIENTE CON HIPERTENSIÓN MEDICADA CON LOSARTAN 100 MG Y AMLODIPINO 5 MG
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARTRITIS REUMATOIDES ESPECIFICADAS	M068		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-07	14:19	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
2025-01-07	14:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

