

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CHILA	GLADYS ROSARIO	06	07	1960	66 años, 0 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305145524	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIUDADELA BAZURTO y LA BAZURTO	099-386-2614 /
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	1305145524	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
resolutiva

☐

Saturación capacidad
instalada

☐

Ausencia temporal del
profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES , REFIERE DOLOR EN LAS DIFERENTES ARTICULACIONES , CALAMBRES Y RIGIDEZ MATUTINA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION PERO EN LOS ULTIMOS MESES SE HA EXACERVADOS LOS SINTOMAS Y SIGNOS. FACTOR REUMATOIDEO:177.08 UI/ML POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA PARA MEJOR ESTUDIOS Y TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO LACTICO: Examen Resultado Unidad V. Referencia Hematología BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.62 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 13.3 g/dL 12 - 14 Hematocrito 41.5 % 36 - 42 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 89.8 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.7 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.0 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 14.7 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 47.8 μm³ Plaquetas 163 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.18 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.8 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 17.4 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 52 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 32.1 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 6.90 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 31.4 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 59.6 % 55 - 65 Monocitos (%) 5.8 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 3.0 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.2 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.17 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 4.11 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.40 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.21 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.01 10³/μL 0 - 0.2 Método: CBC-IMI Automatizado Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo Bioquímica Glucosa 103.77 mg/dL 70 - 110 Urea 37.68 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.63 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.34 mg/dL 2.4 - 6 Colesterol 279.2 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 510.39 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 33.81 U/L 0 - 31 TGP/ALT 33.43 U/L 0 - 32 Amilasa 58.89 U/L 28 - 100 Método: Fotometría Automatizada Antiestreptolisina (ASTO) Cuantitativo 22.67 UI/ml 0 - 200 FACTOR REUMATOIDEO Factor Reumatoideo 177.08 UI/mL 0 - 18 Método: Turbidimetría Automática PCR Cuantitativo 0.45 mg/L 0 - 5 Método: Inmunofluorescencia Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo Coproanálisis COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO Color Café Consistencia Blanda EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos No se observan parásitos Método: Microscopía Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo Serología Eritrosedimentación Westergren 7.74 mm/hora 1 - 15 Método: Sedimentación Westergren Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	10:43	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	10:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	