

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	CLEMENCIA MARILIN	06	05	1963	63 años, 0 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305474288	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE LIBERTAD y CALLE SIN NOMBRE	099-484-0490 / (05)-248-4206
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	1305474288	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	19
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 63 ANOS CON APP DM2, HTA, ARTRITIS REUMATOIDE, ACUDE POR CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE, AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA AL EXAMEN FISICO RIGIDEZ Y SENSACION DE CALOR EN PIERNA IZQUIERDA EN ZONA DE GEMELOS HACE 4 SEMANAS DE EVOLUCION. ADEMAS REFIERE DOLOR POLIARTICULAR DEBIDO A SU ENFERMEDAD, REFIERE QUE NO HA LLEVADO CONTROLES CON DICHA ESPECIALIDAD Y SOLICITA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0994840490.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA		M060		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	10:28	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-05-19	10:28	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	