

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ERAZO	ALCIVAR	MARIA ESTHER	27	04	1971	55 años, 3 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305594580	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	REIMUNDO AVEIGA y LAS PALMAS	099-191-5732 / (99)-999-9999
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	1305594580	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	07	30
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 DE 55 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, Y APQ: NO REFIERE; NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS. ACUDE POR CUADRO DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR BILATERAL EN MANOS, DE PREDOMINIO MATUTINO, ASOCIADO A RIGIDEZ Y EXACERBACIÓN DURANTE EL REPOSO, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL OCASIONAL. REFIERE ADEMÁS BLOQUEO DEL TERCER DEDO DURANTE LA FLEXIÓN, SEGUIDO DE LIBERACIÓN BRUSCA (DEDO EN GATILLO). PRESENTA TAMBIÉN MÁCULAS HIPOCRÓMICAS/BLANQUECINAS EN ROSTRO, REGIONES AXILARES Y EXTREMIDADES, DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN, SIN MEJORÍA PESE A TRATAMIENTOS PARTICULARES POR TRAUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA. ACUDE CON RESULTADOS DE LABORATORIOS Y ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS PREVIOS.AL MOMENTO, PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE COMPROMISO SISTÉMICO. NIEGA FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, ÚLCERAS ORALES, FOTSENSIBILIDAD, ALOPECIA, FENÓMENO DE RAYNAUD, EDEMA, DISNEA, DOLOR TORÁCICO O ALTERACIONES URINARIAS. POR CLÍNICA ARTICULAR INFLAMATORIA Y MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ETIOLOGÍA NO DEFINIDA, SE CONSIDERA Y SE SUGIERE VALORACION POR ESPECIALISTA PARA DESCARTAR ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA/AUTOINMUNE, INCLUYENDO LES Y ARTRITIS REUMATOIDE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 5.01, HEMOGLOBINA 14, HEMATOCRITO 44.2, VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 88.2, HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 27.9, CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 31.7, ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDWC) 13.2, PLAQUETAS 418, PLAQUETOCRITO 0.38, VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 9.1, INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 11, P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 76, P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 18.2, GLÓBULOS BLANCOS 5.98, LINFOCITOS (%) 35.9, NEUTRÓFILOS (%) 53.7, MONOCITOS (%)5.9, EOSINÓFILOS (%) 4.1 , BASÓFILOS (%) 0.4, LINFOCITOS (#) 2.15, NEUTROFILOS (#) 3.21, MONOCITOS (#) 0.35, EOSINÓFILOS (#) 0.25, BASÓFILOS (#) 0.02 OTROS ANALISIS: GLUCOSA 89.3, UREA 33.06, CREATININA 0.78, ÁCIDO ÚRICO 2.48, COLESTEROL 186.9 TRIGLICÉRIDOS 80.8, TGO/AST 22.79, TGP/ALT 31.55 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : ANTIES TREP TOLISINA (ASTO) CUALITATIVO NEGATIVO, FACTOR REUMATOIDEO (LATEX) CUALITATIVO NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	M329	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	08:04	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-30	08:04	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	