

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AGUAYO	CHIRIBOGA	EDILBERTO REMBERTO	25	02	1970	56 años, 5 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305989657	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	098-356-3875 /
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	1305989657	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	08	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE PRESENTA ELEVACIÓN DE PCR Y FACTOR REUMATOIDEO POR LO QUE SE COMPLEMENTA CON ANTICUERPOS CITRULINADOS. QUE TRAE EL DIA DE HOY CON VALOR DE 371.2 REFIERE DOLOR ARTICULAR EN CARPO Y TOBILLOS, ADEMÁS RIGIDEZ MATUTINA EN MANOS, CON DOLOR EN IFI PROXIMA Y DISTAL AUNQUE ESTE ULTIMO HA DESAPARECIDO DURANTE EL ÚLTIMO MES. DE PREDOMINIO MATUTINO QUE MEJORA CON LAS ACTIVIDADES, 6 MESES DE EVOLUCIÓN REFIERE TAMBIÉN ADORMECIMIENTO EN EXTREMIDADES INFERIORES. PACIENTE VIENE CON HIPERLIPIDEMIA ADEMÁS SE TAMIZA PARA DM2 GLUCOSA EN AYUNA 105.38 POSTCARGA 75 GR 105, TRIGLICÉRIDOS 225.8 HDL 36.2 LDL 109.3 LIPO A 7.21 Y PAO B 84.5 INDICTE TyG 5.04 REPRESENTATIVO DE RESISTENCIA A LA INSULINA. 0983563875 edilbertoaguayoch@gmail.com

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

adjunto.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	13:52	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
2026-08-05	13:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

