

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVIA	CASTAÑEDA	ROSAURA ALEGRIA	01	02	1958	67 años, 0 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306196443	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUENAS y	099-682-2507 / (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	1306196443	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2025	02	13
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

REFIERE OMALGIA DERECHA, GONALGIA BILATERAL EN DISTINTAS ARTICULACIONES MAYORES ASOCIADAS A ARTRALGIAS DE TOBILLO DERECHO, SIN INFLAMACION, AL EX FISICIO RANGOS SIN ALTERACIONES, NO SE EVIDENCIA AL MOMENTO TUMEFACCION PERO INDICA EDEMA MATUTINO DE LOS MISMOS ,ASOCIADO A PARESTESIAS DE MIEMBOR INFERIOR DERECHO, PACIENTE PRESENTA TAMBIEN LABORATORIO SOLCIDADO EN CONSULTA ANTERIOR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: factor reumatoide menor a 8 QUIMICA: glucosa basal 95.08, colesterol 170.56, trigliceridos 231.59 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: leucocitos 8630, neutrofilos 66.8, linfocitos 24.7, monocitos 6.6, eosinofilos 1.6, basofilos 0.3, hematies 4820000, hb 13.4, hto 40, volumen corpuscular medio 83.6, plaquetas 368000 UROANALISIS: amarilla , turbio ,densidad 1005, , ph 7, leucocitos positivo sedimento urinario piocitos 2-4xcm piocitos 6-7xc

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	10:50	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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