

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PITA	ZAMBRANO	SANTA JESUS	12	04	1949	76 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306204023	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA RASPADURA y LA RASPADURA	0939505792 /
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	1306204023	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	08	01
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 FEMENINA DE 76 AÑOS APP: HTA EN TTO CON LOSARTAN 50MG , QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ARTICULAR CRÓNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, PREDOMINANTEMENTE EN MANOS, RODILLAS Y CADERAS, ACOMPAÑADO DE RIGIDEZ MATUTINA PROLONGADA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA. REFIERE INCREMENTO DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, CON DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. NIEGA FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO O SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, CON SIGNOS DE INFLAMACIÓN ARTICULAR (DOLOR A LA PALPACIÓN, DISCRETA TUMEFACCIÓN Y LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS) EN ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS, METACARPOFALÁNGICAS Y RODILLAS. NO SE OBSERVAN DEFORMIDADES SEVERAS, PERO SÍ LEVE DESVIACIÓN CUBITAL EN MANOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ARTRITIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	17:14	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-08-01	17:14	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

