

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	RODRIGUEZ	ZONIA JANETH	19	03	1970	56 años, 2 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306247220	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA RECREO ARAY y 24 DE JULIO	098-157-0389 /
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	1306247220	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		2026	06	16
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

USUARIA QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (NUERA) REFIERE QUE EN EL AÑO 2022 FUE DIAGNOSTICADA DE PENFIGO RAZON POR LA CUAL ES ATENDIDA POR LA ESPECIALIDAD EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EN PORTOVIEJO TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR DERMATOLOGÍA EN EL CUAL SE DIAGNOSTICA: PENFIGO NO ESPECIFICADO - DENTRO DE SECUELAS SE MENCIONA QUE LA USUARIA AL MOMENTO ESTBLE DE SU ENFERMEDAD, NO SE EVIDENCIA SECUELAS EN PIEL EXCEPTO EN CUERO CABELLUDO DONDE SE EVIENCIA ZONAS DESPOBLADAS DE CABELLUDO, REFIERE ADEMAS DIAGNOSTICO DE ARTRITTIS Y ARTROSIS , SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVELUACIÓN Y CALIFICACIÓN Y SE AGENDARA CON PSICOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO POR AHORA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	10:18	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2026-06-16	10:18	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	