

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RIVAS	AIDA MARGARITA	20	09	1969	55 años, 4 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306457134	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y	098-644-2328 / (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	1306457134	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	01	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y ARTRITIS REUMATOIDE. ACUDE PARA REALIZAR CONTROL MEDICO GENERAL, REFIERE ADEMAS QUE HA TENIDO SEGUIMIENTOS SUBSECUENTES CON REUMATOLOGIA, MEDICO ESPECIALISTA PIDE NUEVA REFERENCIA PARA CONTINUAR CONTROL POR ESPECIALIDAD, SU ULTIMA CONSULTA FUE EN NOVIEMBRE DEL 2024, PACIENTE INDICA QUE YA NO CUENTA CON SU TRATAMIENTO Y QUE HA PRESENTADO DOLORES ARTICULARES RECURRENTES MODERADOS EN NOCHES Y MAÑANAS, SE EVIDENCIA ADEMAS DEFORMIDAD ARTICULAR. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREAÑADIDOS, ABDOMEN DEPRESIBLE. GENITALES NORMALES.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXAMENES DE LABORATORIO AL MOMENTO
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	15:11	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ

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
2025-01-21	15:11	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	