

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	MONTES	CORINA ISABEL	23	07	1949	76 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306496751	MANABI	CHONE	CANUTO	X y	096-165-1998 /
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	1306496751	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	06	30
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 DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CRÓNICO CARACTERIZADO POR POLIARTRALGIAS LOCALIZADAS EN AMBOS HOMBROS, AMBAS RODILLAS Y EN LA COLUMNA VERTEBRAL, CON UN INCREMENTO EXACERBADO DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR DESDE HACE 2 MESES. LA SINTOMATOLOGÍA SE ASOCIA A RIGIDEZ MATUTINA DE CORTA DURACIÓN Y DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL. PACIENTE TRAE EXÁMENES DE LABORATORIO EXTERNOS DONDE SE EVIDENCIA HIPERURICEMIA CON ÁCIDO ÚRICO EN 8.4 MG/DL, SIN DATOS DE ANEMIA NI OTRAS ALTERACIONES EN LA BIOMETRÍA HEMÁTICA O FUNCIÓN RENAL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE SOLICITA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA PARA DEFINIR CONDUCTA TERAPÉUTICA, REALIZAR DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ARTROPATÍA POR CRISTALES (GOTA POLIARTICULAR ATÍPICA) Y OPTIMIZAR EL MANEJO ANALGÉSICO DE MANERA SEGURA CONSIDERANDO LA EDAD Y EL RIESGO DE NEFROTOXICIDAD DE LA PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	09:31	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

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 clínico

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
2026-06-30	09:31	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

