

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ALCIVAR	ROSA AMADA	24	05	1974	52 años, 1 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	1306517093	MANABI	CHONE	CONVENTO	RIO JAMA y	099-076-6368 /
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	1306517093	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	07	22
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 52 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR EDEMA PERIORBITARIO . APP: ARTRITIS REUMATOIDE CONTROLADA CON METOTREXATO SEMANAL 5 MG TID 1 DIA A LA SEMANA+ LEFLUNOMIDA 20 MG QD DIARIO + ACIDI ALENDRONICO 70 MG+ COMPLEJO B + VIT D3. DM TIPO 1 CONTROLADA CON GLARGINA 20 UI AM. AQX:COLECISTECTOMIA+ HISTERECTOMIA . APF: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVA. SE INSTAURA INSULINA NPH 15 AM + 5 UI PM TAMIZAJE DE VIOLENICA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : OSTEOFITOS MARGINALES RX DE MANO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	09:44	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-07-22	09:44	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	