

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MORA	ZOLANDA DEL ROCIO	26	02	1972	54 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306591627	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS ALMENDROS y JPRGE GALALRDO	099-297-2795 / (00)-000-0000
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	1306591627	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	22
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 FEMENINO DE 54 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DE ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE: HIPERTENSION ARTERIAL EN TTO CON CONCOR DE 2.5. REFIERE QUE NECESITA REFERENCIA PARA REUMATOLOGO POR TOFOS VISIBLES QUE OCASIONAN DOLOR EN ARTICULACULACIONES INTERFALANGICAS DE MANOS Y PIES . ADEMAS REFIERE DOLOR EN EL PECHO HACE 15 DIAS DE TIPO OPRESIVO QUE SE IRRADIA HACIA ESCAPULAS , DE INTENSIDAD MODERADA, SIN SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE. PACEINTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ACTIVA, REACTIVA COLABORADORA AL INTERROGATORIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GOTA, NO ESPECIFICADA	M109		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	09:29	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Validar únicamente en FirmsEC. Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO

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
2026-05-22	09:29	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

