

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MENDOZA	YESSICA PAOLA GENITH	14	06	1975	50 años, 5 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306715085	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	097-873-7696 /
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	1306715085	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	2025	11	24
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

DOLOR EN RODILLAS DESDE HACE ALGUNOS MESES , DOLOR EN LAS MANOS A NIVEL DE LAS MUÑECAS , MAS ACENTUADO EN LAS NOCHES - DOLOR EN REGION LUMBOSACRA SE ACOMPAÑA DE RIGIDEZ- TAMBIEN SE AGRAVA AL TENER CAMBIOS DE TEMPERATURA EN LAS MANOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN RODILLAS DESDE HACE ALGUNOS MESES , DOLOR EN LAS MANOS A NIVEL DE LAS MUÑECAS , MAS ACENTUADO EN LAS NOCHES - DOLOR EN REGION LUMBOSACRA SE ACOMPAÑA DE RIGIDEZ- TAMBIEN SE AGRAVA AL TENER CAMBIOS DE TEMPERATURA EN LAS MANOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M130	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	15:35	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN CERCADO PLUAS
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-24	15:35	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	