

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	NIEVE CIELO	05	06	1970	54 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306910645	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	PLATANALES y	099-400-4581 /
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	1306910645	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2025	01	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 54 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS TIPO II TRATADA CON METFORMINA, APF: PAPA DM II, MAMÁ HTA. ALERGIAS: NO REFIERE. REFIERE HISTERECTOMIA HACE 10 MESES, PARALISIS FACIAL HACE 1 AÑO. AL MOMENTO REFIERE PRESENTAR DOLOR , ,ARDOR, ENTUMECIMIENTO EN ARTICULACIONES DE LAS MANOS DE GRAN INTENSIDAD HACE APROXIMADAMENTE 15 DIAS , REFIERE HABER ESTADO EN CONTROL MEDICO CON REUMATOLOGIA HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES , DONDE LE SOLICITARON EXAMENES, LOS CUALES ESTAN PENDIENTES DE REVISION DEBIDO A QUE CUANDO TENIA AGENDADA LA CITA MEDICA LA PACIENTE SE SOMETIO A UNA REINTERVENCION QUIRURGICA , POR LO QUE REQUIERE CONTINUAR CONTROL CON ESPECIALIDAD .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES EN SISTEMA Numero de Contacto: 0985793231

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	08:51	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	

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
2025-01-22	08:51	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	