

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	DELGADO	EDISON GABRIEL	09	04	1977	48 años, 6 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307260826	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MUNICIPAL y	095-982-7168 /
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	1307260826	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	10	20
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 MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR POLIARTICULAR DE LARGA DATA CON PREDOMINIO EN RODILLAS, TOBILLOS, CODOS Y PIES, CON INFLAMACION RECURRENTE. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA TUMEFACCION CRONICA DE CODO DERECHO,, EL MISMO NECESITA CONTROL CON REUMATOLOGIA POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROPATIA GOTOSA DEBIDA A DEFECTOS ENZIMATICOS Y A OTROS TRASTORNOS HEREDITARIOS, CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M140		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	10:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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
2025-10-20	10:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	