

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	DELGADO	EDISON GABRIEL	09	04	1977	49 años, 0 meses, 25 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	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA MUNICIPAL y	095-982-7168 /
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	1307260826	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2026	05	04	
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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (SOBRINA) REFIERE QUE DESDE HACE 5 AÑOS APROXIMADAMENTE FUE DIAGNOSTICADO DE ARTRITIS GOTOSA CON AFECTACIÓN DE TOFOS A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, ADEMÁS DE AMBOS PIES, ADEMÁS DE GONARTROSIS RODILLA DERECHA LO CUAL GENERA ALTERACIÓN DE LA MARCHA Y DE MOVIMIENEETOS DE ARTICULACIÓN DE CODO DERECHO, DEDO MINDICE DE MANO DERECHA A NIVEL INTERFALANGICO PROXIMAL, EL DÍA DE HOY ACUUDE CON ANEXO 2 DE REUMATOLOGÍA SIN EMBARGO NO TIENE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE FISIATRIA, SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN ADEMÁS DE QUE SE REQUIERE DE EVALUACIÓN DE FISIATRÍA PARA COMPLEMENTAR LA EVALUACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE MULTIPLES TUMORACIONES A NIVEL POLIARTICULAR

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
2026-05-04	07:25	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaBC

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
2026-05-04	07:25	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	