

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	ZAMBRANO	JACINTO RAMON	01	09	1970	55 años, 9 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307281442	MANABI	JUNIN	JUNIN	VIA LA REPRESA LA ESPERANZA y SN	099-786-4072 /
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	1307281442	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	06	10
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 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD FISICA 60% POR FIEBRE REUMATICA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION SIN TRATAMIENTO PREVIO, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DEFORMIDAD MARCADA EN ALGUNAS ARTICULACIONES DE CON ANQUILOSIS ARTICULAR EN ARTICULACIONES DE AMBAS HOMBROS, AMBOS CODOS, AMBAS RODILLAS Y DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR LO QUE LE OCASIONA DOLOR A LA MOVILIZACION, DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO VESTIRSE, BAÑARSE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEFORMIDAD MARCADA EN ALGUNAS ARTICULACIONES DE CON ANQUILOSIS ARTICULAR EN ARTICULACIONES DE AMBAS HOMBROS, AMBOS CODOS, AMBAS RODILLAS Y DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIMIALGIA REUMATICA	M353		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	10:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-10	10:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	