

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELEZ	ANABEL SOCORRO	14	04	1971	54 años, 5 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307594356	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE PICHINCHA y X	097-996-9258 /
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	1307594356	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	09	26
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 DE 54 AÑOS 1 MES ACUDE A POR DOLORS ARTICULARES MAS EDEMA, PARESTESIA DE HUESOS PROPIOS DE LAS MANOS Y DE LOS HOMBROS, ADEMAS REFIERE INFLAMACIÓN DE CADENA GANGLIONAR DEL CUELLO Y REGION AXILAR SIN MEJORÍA. NO HA SIDO VALORADA NUNCA. REFIERE QUE DOLOR SE INTENSIFICA POR LAS NOCHES EN MIEMBROS SUPERIORES. AL MOMENTO ACTIVA ELECTIVA COCIENTE CONGRUENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA 90.8 MG/DL, COLESTEROL 237 MG/DL, TRIGLICERIDOS 161 MG/DL, ACIDO URICO 3.69 MG/DL, UREA 20 MG/DL, CREATININA 0.67 MG/DL, TGO 25 U/L, TGP 27 U/L SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 9.80, HEMATIES 5.20, HEMOGLOBINA 16.1 G/DL, PLAQUETAS 416, HEMATOCRITO 44.9% UROANALISIS: LIG. TURBIO, DENSIDAD 1020, PH 6, LEUCOCITOS 2-3 XC, HEMATIES 1-2 XC, BACTERIAS ++
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	10:26	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2025-09-26	10:26	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

