

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CELORIO          | LOOR             | MARIBEL YAQUELINE | 14                  | 03  | 1972 | 54 años, 1 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                     | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307615953        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | VALDEZ VIA RIOCHICO RODEO y 1 | 099-567-5568 /       |
| 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                 | 1307615953      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                            |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Traumatología - Brigada Médica externa ONG |  | 2026  | 04  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                               |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD REFIERE DOLOR ARTICULAR TIPO PUNSATIL MODERADO EN MANOS A NIVEL DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES Y MUÑECA, TOBILLOS MAS RIGIDEZ MATUTINA QUE MEJORA CON LA ACTIVIDAD DE 10 AÑOS DE EVOLUCION, INTERFIEREN CON LA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, NO REFIERE FIEBRE, NO VOMITOS, NO DIARREAS, NO SINTOMAS REPIRATORIOS. REFIERE QUE TOMA METROTEXATE 10 MG VIA ORAL QD CADA SEMANA MAS DEZAFLACORT 6 MG QD, ACIDO FOLICO 5 MG QD. APP: NO REFIERE, APF: MAMA HIPERTENSION ARTERIAL, PAPA DIABETES MELLITUS TIPO 2, TIA CON ARTRITIS REUMATOIDEA, PRIMA CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. EXPLORACION FISICA: EXTRAMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO ADECUADA, SE DETECTAN DEFORMIDAD EN REGION INTERFALANGICA PROXIMAL DE AMBOS PULGARES MAS SENSIBILIDAS Y EDEMA, SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS HIPERPIGMENTADAS TIPO LENTIGINOSAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS . EXTREMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIBIO ASTRAGALINA TIENE UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDA MAS PRESENCIA DE DEFORMIDAD SENSIBILIDAD Y ERITEMA, SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS EQUIMOTICAS, ADEMAS DE HIPERQUERATOSIS PLANTAR MAS FISURAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS, CIANOSIS. ANALISIS: PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTICULAR INFMATORIA MAS DEFORMIDAD DE LAS ARTICULACIONES. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA, EDUCACION DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REFERENCIA A REUMATOLOGIA Y TRAUMATOLOGIA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTERGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LAS ARTICULACIONES INTEFALANGICAS PROXIMALES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDA, SE DETECTAN DEFORMIDAD EN REGION INTERFALANGICA PROXIMAL DE AMBOS PULGARES MAS SENSIBILIDAS Y EDEMA, NO SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS HIPERPIGMENTADAS TIPO LENTIGINOSAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS O CIANOSIS. LAS ARTICULACIONES TIBIO ASTRAGALINA DERECHAUNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDA MAS PRESENCIA DE DEFORMIDAD, SENSIBILIDAD Y ERITEMA, SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS EQUIMOTICAS, ADEMAS DE HIPERQUERATOSIS PLANTAR MAS FISURAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS, CIANOSIS NI EDEMAS.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS OSTEOARTROPATIAS HIPERTROFICAS | M894   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-14 | 21:00 | Medicina Rural | JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO | 1314467984 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-14 | 21:00 | Medicina Rural | JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO | 1314467984 |       |

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CELORIO          | LOOR             | MARIBEL YAQUELINE | 14                  | 03  | 1972 | 54 años, 1 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                     | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307615953        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | VALDEZ VIA RIOCHICO RODEO y 1 | 099-567-5568 /       |
| 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                 | 1307615953      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                  |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Medicina Interna |  | 2026  | 04  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad     |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD REFIERE DOLOR ARTICULAR TIPO PUNSATIL MODERADO EN MANOS A NIVEL DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES Y MUÑECA, TOBILLOS MAS RIGIDEZ MATUTINA QUE MEJORA CON LA ACTIVIDAD DE 10 AÑOS DE EVOLUCION, INTERFIEREN CON LA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, NO REFIERE FIEBRE, NO VOMITOS, NO DIARREAS, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS. REFIERE QUE TOMA METROTEXATE 10 MG VIA ORAL QD CADA SEMANA MAS DEZAFLACORT 6 MG QD, ACIDO FOLICO 5 MG QD. APP: NO REFIERE, APF: MAMA HIPERTENSION ARTERIAL, PAPA DIABETES MELLITUS TIPO 2, TIA CON ARTRITIS REUMATOIDEA, PRIMA CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. EXPLORACION FISICA: EXTRAMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO ADECUADA, SE DETECTAN DEFORMIDAD EN REGION INTERFALANGICA PROXIMAL DE AMBOS PULGARES MAS SENSIBILIDAD Y EDEMA, SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS HIPERPIGMENTADAS TIPO LENTIGINOSAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUIÁS . EXTREMIDADES SUPERIORES: LAS ARTICULACIONES TIBIO ASTRAGALINA TIENE UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDA MAS PRESENCIA DE DEFORMIDAD SENSIBILIDAD Y ERITEMA, SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS EQUIMOTICAS, ADEMAS DE HIPERQUERATOSIS PLANTAR MAS FISURAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUIÁS, CIANOSIS. ANALISIS: PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTICULAR INFMATORIA MAS DEFORMIDAD DE LAS ARTICULACIONES. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA, EDUCACION DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REFERENCIA A REUMATOLOGIA Y TRAUMATOLOGIA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTERGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LAS ARTICULACIONES INTEFALANGICAS PROXIMALES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDA, SE DETECTAN DEFORMIDAD EN REGION INTERFALANGICA PROXIMAL DE AMBOS PULGARES MAS SENSIBILIDAS Y EDEMA, NO SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS HIPERPIGMENTADAS TIPO LENTIGINOSAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS O CIANOSIS. LAS ARTICULACIONES TIBIO ASTRAGALINA DERECHA UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DISMINUIDA MAS PRESENCIA DE DEFORMIDAD, SENSIBILIDAD Y ERITEMA, SE APRECIAN LESIONES DÉRMICAS EQUIMOTICAS, ADEMAS DE HIPERQUERATOSIS PLANTAR MAS FISURAS, NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS, CIANOSIS NI EDEMAS.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-14 | 21:00 | Medicina Rural | JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO | 1314467984 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-14 | 21:00 | Medicina Rural | JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO | 1314467984 |       |