

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAGUA	CEDEÑO	WILSON MANUEL	25	03	1972	54 años, 1 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308030087	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA AURORA y	098-973-1521 / (99)-999-9999
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	1308030087	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	19
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 54 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES, QUIRÚRGICOS, FAMILIARES NI ALÉRGICOS DE RELEVANCIA. ACUDE A CONSULTA MÉDICA REFIRIENDO DOLOR CRÓNICO POLIARTICULAR LOCALIZADO EN CODOS, RODILLAS, DEDOS DE LAS MANOS Y TOBILLOS, DE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN. PACIENTE MENCIONA QUE EL DOLOR PERSISTE SIN MEJORÍA CON EL MOVIMIENTO Y SE ACOMPAÑA DE RIGIDEZ EN FALANGES, LA CUAL LE DIFICULTA EL CIERRE COMPLETO DE LAS MANOS Y LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE USO PREVIO DE MELOXICAN SIN MEJORÍA CLÍNICA Y ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON BETAMETASONA (VALERPAN) DESDE HACE 19 DÍAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON POLIARTROSIS + DOLOR CRÓNICO NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS PARA REALIZAR LABORATORIOS DE TIPO PARTICULAR, AL MOMENTO MARCADORES INFLAMATORIOS NO DISPONIBLES EN EL TIPO C, SE NECESITA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS POLIARTROSIS	M158	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	15:08	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-19	15:08	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	