

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	BRAVO	ANGELA ROSA	04	11	1974	51 años, 0 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308110624	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS SAUCES y	098-136-9547 / (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	1308110624	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	12	02
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 FEMENINO DE 51 ANOS NO REFIERE ANTECEDENTES FAMILIARES, NI ENFERMEDAD DE TRATAMIENTO, AL MOMENTO LLEGA SEGUIMIENTO CON MEDICINA FAMILIAR PERO NO RESPONDE A LA MEDICACION Y LOS DOLORES ARTICULARES CONTINUAN, REFIERE 5 MESES CON ESTE TIPO DE DOLOR ARTICULAR QUE NO LE CALMA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 51 ANOS NO REFIERE ANTECEDENTES FAMILIARES, NI ENFERMEDAD DE TRATAMIENTO, AL MOMENTO LLEGA SEGUIMIENTO CON MEDICINA FAMILIAR PERO NO RESPONDE A LA MEDICACION Y LOS DOLORES ARTICULARES CONTINUAN, REFIERE 5 MESES CON ESTE TIPO DE DOLOR ARTICULAR QUE NO LE CALMA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M139		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-02	14:01	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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 clínico

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
2025-12-02	14:01	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	