

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBOS	ZAPATA	LUCRECIA XIOMARA	13	11	1971	53 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308310075	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV SAN LORENZO y	096-799-7757 /
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	1308310075	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	01	14
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

FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA EN TT CON LOSARTAN 50 MG VO QD AM, DX PRESUNTIVO DE , NO REFIERE ALERGIAS, APQX: COLECISTECTOMIA. APF: MADRE CON DM2, HTA Y ARTRITIS REUMATOIDEA ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REVISION DE LAB Y RX SOLICITADOS EN ANTERIOR CONTROL. REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR ARTRALGIAS EN PEQUEÑAS Y GRANDES ARTICULACIONES, MAS PREDOMINANTE EN ARTICULACIONES DE LA MANOS Y TOBILLO EN EL CUAL SE ACOMPAÑA DE RIGIDEZ MATUTINA, REFIERE PRESENTA EDEMA DE QUE SE PRESENTAN EN HORAS DE LA TARDE Y NOCHE. AL EXAMEN FISICO; MIEMBROS INFERIORES DOLOR A LA PALPACION SIN EDEMA, REFIERE QUE EL DOLOR ES MAS INTENSO EN LOS MIEMBROS INFERIORES. LAB CON VALOR DE PCR Positivo (+++)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PCR Positivo (+++)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-01-14	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

