

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TOALA	LOOR	SANDRA MARIA	09	06	1971	53 años, 7 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308433984	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SEGUNDO LOPEZ y	098-104-7292 /
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	1308433984	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 resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO CON PREDNIMAX 5 MG CADA DIA DESDE HACE MAS O MENOS 10 AÑOS, PRESENTA DEFORMIDAD EN ARTICULACION RADIOCARPIANO Y DEFORMIDAD EN DEDOS DE AMBAS MANOS ACOMPAÑADO DE NODULOS DE HEBERDEN Y BOUCHAT, DESDE HACE 2 MESES PRESENTA DOLOR DE TIPO SORDO EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA Y TOBILLO DEL MISMO LADO ACOMPAÑADO DE EDEMA EN EL CUAL IMPIDE LA MOVILIZACION Y ACTIVIDADES DIARIAS. ALTERACION EN FR Y PCR+++. PACIENTE YA FUE ATENDIDO POR MEDICO REUMATOLOGO EN EL CUAL INDICO TRATAMIENTO CON PREDNISONA 5 MG CADA DIA DESPUES DEL DESAYUNO, ACIDO FOLICO 5 MG, METROTEXATE 4 TABLETAS TODOS LOS MIERCOLES Y PARACETAMOL EN CASO DE DOLOR . PACIENTE CONTINUA DOLORES ARTICULARES, EDEMA DE ARTICULACION DE RODILLA DERECHA QUE SE EXTEIENDE HASTA TOBILLO DEL MISMO LADO EL CUAL SE PRESENTA DESDE HACE MAS O MENOS UN MES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA DE RESULTADOS DE LABORATORIOS

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	12:49	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	12:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

