

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MIRANDA	MARIA DEL CARMEN	03	05	1974	51 años, 8 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308454477	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA y	096-111-3788 /
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	1308454477	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	02	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 CON DOLOR ARTICULAR DE 9 MESES DE EVOLUCIÓN QUE MEJORA CON LAS ACTIVIDADES, DOLOR EN IFI PROXIMAL Y DISTAL, EN ARTICULACIONES MCF Y CARPIANA DE AMBAS MANOS, EN CODOS Y HOMBROS, ASÍ MISMO EN ARTICULACIONES DEL PIÉ, REPORTA DOLOR EN CODOS, Y HOMBROS, EMPEORA CON EL FRÍO. PACIENTE CON APP DE HTA Y DM2 INSULINOREQUIERIENTE. REPORTA ADEMÁS EL DÍA DE HOY DOLOR EN COLUMNA LUMBAR CON PARESTESIAS A EXTREMIDADES INFERIORES. FR PCR NEGATIVOS, NO TRAE ANTICUERPOS CITRULINADOS. 0962041206 PACIENTE PIERDE CITA EN SEGUNDO NIVEL, TRAE RX DE HOMBROS, CODOS, MANOS, BILATERALES, LLAMA LA ATENCIÓN OSTEOPENIA SOBRETODOS EN MANOS, EN PULPGAR IZQUIERDO DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR, Y SIGNOS DE ESCLEROSIS EN TODAS LAS ARTICULACIONES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO. 0962041206

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	10:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-02-02	10:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

