

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA	PINTO	SIMON GALO	10	10	1973	52 años, 4 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308469871	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	093-992-8828 /
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	1308469871	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	25
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

☐

ARTRIITIS
REUMATOIDEA
POSITIVA EN CONTROL
POR ESPECIALIDAD

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS , CON APP DE ARTRITIS REUMATOIDEA, ACUDE POR CONTROL PARA REVISION DE EXAMENES , PARA CONTROL SUBSECUENTE CON ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA, MENCIONA TRATMIENTO FARMACOLOGICO CON METOTREXATO, ACIDO FOLICO, CALCIO, CORTICOIDES , MENCIONA SINTOMATOLOGIA LEVE EN ARTICULACIONES DE EXTREMIDAD SUPERIOR, MENCIONA DISMINUCION DE RIGIDEZ, DE DOLOR , AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO REACTIVO COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: VSG 1 HORA 30 --- UREA 30 -- CREATININA 0.73-- TGO 49 --- TGP 18 --- ASTO 35.10--- FACTOR REUMATOIDEO 124 ---- PCR 17.14 ----- ANTI CCP 300.000---- GLUCOSA 89--- COLESTEROL TOTAL 220-- ACIDO URICO 5.60 -- ASTO CAUNTITATIVO 16.27 ---- TELEFONO 0939928828

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS SEROPOSITIVAS	M058		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	09:34	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-02-25	09:34	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

