

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	CARMEN LOYOLA	16	07	1972	53 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308511144	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y SN	093-919-3511 /
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	1308511144	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	06	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 DE 50 DE EDAD *** APP: ARTRITIS REMATOIDEA SEROPOSITIVA (DX EN 2022) + HIGADO GRASO + OBESIDAD II *** APF: HERMANOS Y MAMA (HTA + DM II) *** APQ: COLECISTECTOMIA + CESAREAS *** AA: NR **** PACIENTE REUMATICA EN CONTROL POR EL AREA DE REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON, EN SEGUIMIENTO, INDICA QUE HA SUSPENDIDO TRATAMIENTO POR FALTA DE CITAS EN EL HOSPITAL. LE HABIA PRESCRITO TRATAMIENTO CON METOTREXATO 2.5 MG A LA SEMANA Y ACIDO FOLICO LOS DIAS QUE NO TOMABA EL MTX. *** CMENTA QUE NO SIGUIO EL TRATAMIENTO RESPECTIVO DEBIDO A LA PRESENCIA DE MUCHOS SINTOMAS ADVERSOS DESDE HACE 7 MESES *** AL MOMENTO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE. ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN CONTROL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	08:38	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-06-02	08:38	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	