

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	LOOR	YANINA ANABEL	18	02	1975	51 años, 2 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308554029	MANABI	CHONE	RICAUORTE	SN y SN	000-000-0000 /
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	1308554029	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	05	04
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 FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA EN TRATAMIENTO ACTUAL CON PREDNISONA 20 MG/DÍA Y METOTREXATO 2.5 MG, QUE ACUDE PARA CONTROL POR PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ARTICULAR CARACTERIZADA POR DOLOR POLIARTICULAR DE PREDOMINIO EN PEQUEÑAS ARTICULACIONES, RIGIDEZ MATUTINA PROLONGADA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARCIAL, LO QUE SUGIERE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y POSIBLE NECESIDAD DE REAJUSTE TERAPÉUTICO. SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR REUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD, OPTIMIZACIÓN DE MANEJO FARMACOLÓGICO, VALORACIÓN DE ESCALAMIENTO A TERAPIA MODIFICADORA DE LA ENFERMEDAD Y MONITOREO DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO ACTUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR A LA PALPACIÓN EN PEQUEÑAS ARTICULACIONES DE MANOS (METACARPOFALÁNGICAS E INTERFALÁNGICAS PROXIMALES), CON PRESENCIA DE LEVE EDEMA Y AUMENTO DE VOLUMEN, LIMITACIÓN FUNCIONAL PARCIAL Y DISMINUCIÓN DE LA FUERZA DE PRENSIÓN; RIGIDEZ MATUTINA REFERIDA. SIN DEFORMIDADES ESTRUCTURALES MARCADAS. AL MOMENTO SIN EXÁMENES LABORATORIOS RECIENTES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	10:43	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	

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
2026-05-04	10:43	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	

