

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	PARRAGA	ANGELA CONCEPCION	16	05	1942	83 años, 2 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308593159	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LAS VEGAS y	097-889-3699 /
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	1308593159	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	07	18
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

MUJER DE 83 AÑOS DE EDAD, APP: MONORRENO, CANCER MAMA EN REMISION 2011, ARTROSIS EN TTO CON CLONIXINATO DE LISINA, CICLOBENZAPRINA 10 MG, APP HIPERTENSION ARTERIAL CON TTO BISOPROLOL FUMARATO + HIDROCLOROTIAZIDA, DIABETES MELLITUS CON TTO EVOGLIPTINA 5MG QD AM, ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE CUIDADORA POR REFERIR CUADRO CLINICO DE LARGA CARACTERIZADO POR DOLOR EN ARTICULACION , PERDIDA DE MOVILIDAD DE MIEMBRO INFERIOR Y SUPERIOR IZQUIERDO TRAS SUFRIR CAIDA HACE ALGUNOS MESES, AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE MUY ALGICA A LA MOVILIDAD, SE EVIDENCIA EDEMAS E INFLAMACION EN ARTICULACIONES, FOBEA EN MI ++, AL INTERROGATORIO POCO COLABORADORA, PACIENTE CON MOVILIDAD ASISTIDA SE ENCUENTRA EN SILLA DE RUEDAS POR ESO SE DIFICULTA LA VALORACION O EXAMEN FISICO, NO TOMA DE PESO Y TALLA, POR LO QUE SE DA CONSEJERIA ALIMENTACION SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA SEGURA, REALIZAR TERAPIAS PARA NO PERDER MOVILIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	12:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clínico

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
2025-07-18	12:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

