

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LOOR	JACINTA ASUNCION	24	08	1975	50 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308711736	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SANTA ROSA y	098-962-8486 /
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	1308711736	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	06	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 FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD, APP: POLIARTRÁLGIAS DE HACE 2 AÑO Y MEDIO, ALERGIAS: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESÁREA (1) + SPB HACE 25 AÑOS. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE POLIARTRALGIAS, PARA LO CUAL REFIERE LLEVAR CONTROLES POR EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DE CHONE POR ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA (DIAGNOSTICADA HACE 8 MESES), REFIERE QUE ESPECIALISTA INDICA SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA Y ENVÍA EXAMENES DE CONTROL. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	10:04	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2026-06-04	10:04	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	