

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BUENAVENTURA	PINARGOTE	ZOILA LILIANA	01	03	1978	47 años, 8 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309047700	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RICAURTE y SN	093-967-8114 / (99)-999-9999
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	1309047700	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	2025	11	19
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

SE TRATA DE ADULTA QUE PRESENTA DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES A NIVEL DE LAS MANOS - DOLOR EN RODILLAS , MIALGIAS - DESDE HACE ALGUNOS AÑOS ACOMPAÑADO DE ALOPECIA - DISPEPSIAS - METEORISMO .- ICTERICIA EN ALGUNAS OCASIONES - EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE TRATA DE ADULTA QUE PRESENTA DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES A NIVEL DE LAS MANOS - DOLOR EN RODILLAS , MIALGIAS - DESDE HACE ALGUNOS AÑOS ACOMPAÑADO DE ALOPECIA - DISPEPSIAS - METEORISMO .- ICTERICIA EN ALGUNAS OCASIONES - EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES- SE HA DIAGNOSTICADO LUPUS Y ESTA EN TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	M329	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-19	09:58	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-19	09:58	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	