

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MACIAS	SHIRLEY ASUNCION	27	07	1978	47 años, 3 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309442083	MANABI	CHONE	CANUTO	VIA MANTA QUEVEDO y	099-181-2872 /
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	1309442083	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	11	26
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 47 AÑOS APP ARTRITIS REUMATOIDEA, QUISTE TIROIDEO. APF DIABETES, HTA. ALERGIAS NAPROXENO. AQX CESAREA. PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA SOLICITANDO REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA (TRAER DOCUMENTACION RESPECTIVA) PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA AR. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE MODERADA EN ARTICULACIONES, ACOMPAÑADO CON RIGIDEZ. PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SOLICITA REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA PARA VALORACION + TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO: 523.5/ ANTI DNA DS, IF: NEGATIVO/ ANTI- SSA (RO): 1.23/ ANTI -SM: 1.70/ AC.ANTI-MICROSOMALES (TPO) 1.23/ ANA HEP-2 IFI (ANTICELULARES): POSITIVO 1:320/ FACTOR REUMATOIDEO LATEX 2.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	15:33	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-11-26	15:33	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	