

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CASTRO           | ALCIVAR          | VANESSA MARIELA | 15                  | 07  | 1979 | 46 años, 7 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                        | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309770707        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SITIO SAN PABLO VIA CULEBRA y SN | 099-719-5750 /      |
| 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                 | 1309770707      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Reumatología | 2026  | 02  | 20  |
| 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 45 AÑOS, APP: HIPOACUSIA PROGRESIVA HACE 10 AÑOS, ARTROSIS EN SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGIA. AQX: HISTERECTOMIA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLORES ARTICULARES MULTIPLES DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD, INDICA QUE SE ATIENDE CON REUMATOLOGIA DE FORMA RECURRENTE PERO REQUIERE NUEVA REFERENCIA PARA CONTINUAR CON SUS CONTROLES, SE EVIDENCIA POCA MOVILIDAD A NIVEL DE LAS MANOS E INFLAMACION CON LEVE DEFORMIDAD, INDICA QUE TIENE PENDIENTES LABORATORIOS POR REVISAR EN EL HOSPITAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

|                               |        |     |     |
|-------------------------------|--------|-----|-----|
| Diagnóstico                   | CIE-10 | PRE | DEF |
| POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA | M130   |     | X   |

|            |       |                  |                                 |            |                                                                                     |                                                                                              |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     |  | FIRMA<br>ROXANA ELIZABETH<br>MIRA RODRIGUEZ<br><small>Validar únicamente con FirmaEC</small> |
| 2026-02-20 | 12:21 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |                                                                                     |                                                                                              |

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 |
| 2026-02-20 | 12:21 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |