

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	ALCIVAR	LEILIS YURISELDA	30	05	1977	47 años, 7 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310015050	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA BOYACA y	095-959-1322 /
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	1310015050	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	01	07
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 DE 47 AÑOS DE EDAD CON ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA DIAGNOSTICADA HACE 7 AÑOS, EN TRATAMIENTO CON PREDNISONA 5MG QD, METROTEXATE 2.5MG 4 TB CADA SEMANA, ACIDO FOLICO 5MG QD, COMPLEJO B QD. REFIERE ENCONTRARSE EN CONTROL Y SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGÍA SIN EMBARGO, HA DEJADO DE ACUDIR A SUS CITAS, POR LO QUE SE SOLICITA NUEVO CONTROL. REFIERE HABERSE REALIZADO UNA RADIOGRAFÍA DE GRANDES ARTICULACIONES HACE 1 MES, LA CUAL NO SE PUEDE REVISAR EN EL SISTEMA YA QUE FUE REALIZADA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHONE. PACIENTE NO ACUDE CON NUEVOS EXÁMENES DE LABORATORIO. PACIENTE REFIERE RIGIDEZ ARTICULAR MATUTINA QUE CEDE TRAS LA TOMA DE MEDICACIÓN DE BASE. AL MOMENTO AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-07	08:38	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-01-07	08:38	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

