

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PINARGOTE	MARIA DANIELA	03	09	1981	43 años, 6 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310016546	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA KENNEDY	098-663-8759
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	1310016546	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	08	30
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 43 AÑOS. APP HTA TRATADA. ALERGIAS: NO REFIERE. APF MAMA HTA. PAPA HTA. ABUELOS Y TIOS DM2. ABUELA MATERNA CANCER DE PANCREAS. Y TIO MATERNO CANCER DE ESTOMAGO. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR DOLOR ARTICULAR A NIVEL DE ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS, MUÑECAS, HOMBROS, RODILLAS Y CADERAS DESDE HACE 5 AÑOS, ADEMAS REFIERE QUE EL DOLOR AUMENTA DURANTE LA NOCHE Y CON LA ACTIVIDAD FISICA, Y EL DOLOR DISMINUYE CON EL FRIO Y EL REPOSO. ADEMAS REFIERE RIGIDEZ MATUTINA CON DURACION DE APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	09:16	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-03-27	09:16	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	