

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	VELASQUEZ	KATTY LORENA	18	11	1981	43 años, 10 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310350929	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ULPIANO PAEZ y BOYACA	098-220-9599 /
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	1310350929	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	10	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☒

Falta de profesional ☐

PACIENTE CON TRATAMIENTO DE LARGA DATA POR ENFERMEDADES REUMATICAS, CON CUADRO AGUDO DE DOLOR EN ARTICULACIONES, Y PRESENCIA DE NODULO EN LA MUÑECA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS EN TRATAMIENTO DE LARGA DATA CON ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA, CON DIAGNOSTICO DE OSTEOPENIA Y ARTROSIS EN TRATAMIENTO CON COLCHICINA 0.5 MG CADA DIA, REFIERE DOLOR INTENSO AL REALIZAR ACTIVIDADES FISICA, MENCIONA CALAMBRES, SE VISUALIZA NODULO REUMATICO EN ARTICULACION DE LA MUÑECA, ENTUMECIMIENTO. SOLICITA REFERENCIA PARA CONTROL CONSECUTIVO CON REUMATOLOGIA DE MAS DE UN AÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NODULO REUMATOIDE	M063		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-07	11:02	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-07	11:02	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	