

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	CEDEÑO	ESMELDA MIGDALIA	04	09	1979	46 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310621063	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	HORCONCITOS y	099-095-7867 /
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	1310621063	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	06	02
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 46 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: CESAREA (HACE 20 AÑOS), AA: NO REFIERE, PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, ASOCIADO A RIGIDEZ, LIMITACIÓN FUNCIONAL Y MOLESTIAS DURANTE LA MOVILIZACIÓN, CON MAYOR INTENSIDAD EN HORAS MATUTINAS POSTERIOR A LA ACTIVIDAD FÍSICA. REFIERE EPISODIOS DE INFLAMACIÓN Y DOLOR EN DIFERENTES ARTICULACIONES, LO QUE SUGIERE POSIBLE PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR TIPO ARTRITIS O ARTROSIS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN DATOS DE COMPROMISO AGUDO. POR PERSISTENCIA DEL CUADRO Y NECESIDAD DE ESTUDIO ESPECIALIZADO, SE CONSIDERA REFERENCIA A REUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL. 0993165062

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	13:54	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-02	13:54	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

