

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	VALENCIA	KATTY ALEXANDRA	19	06	1983	41 años, 6 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310670730	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN RAFAEL y	096-981-8500 /
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	1310670730	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	01	13
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

MUJER DE 41AÑOS CON APP LEIOMIOMA UTERINO CON ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA CON PERSISTENCIA DE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR DE EVA 9/10 CON PREDOMINIO EN ARTICULACIONES INTERFALANGICAS DISTALES Y PROXIMALES EN AMBAS MANOS, TAMBIEN REFIERE DOLOR PIES ZONA PLATAR Y CADERA REFIERE CAUDRO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA DE CABELLO MAS ASTENIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, NIEGA TRATAMIENTO ACTUAL HOY CON PERSISTENCIA DE DOLOR CON EVA DE 7/10 EN ARTICULACIONES YA DESCRITA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRESULTADOS DE LABORATORIOS (13/01/25) BHC LEUCO 9M7 HB 11,2 HCT 34 QUIMICA GLUCOSA 116MG/DL INMUNOLOGICOS ASTO; 400UI/ML PCR; 12MG/L FR; 8UI/ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	14:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-01-13	14:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	