

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	VELIZ	JOHANA GISELA	08	07	1982	43 años, 4 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311125817	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO CUCUY y	099-008-2870 /
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	1311125817	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2025	11	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

PACIENTE FEMENINO DE 43 AÑOS CON APP: HTA ; APF: NO REFIERE; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA; HABITOS NOCIVOS: NIEGA; ALERGIAS: NO REFIERE; AGO: G:5 P:0 C:0 A:0; FUM:01/11/2025. ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ARTICULAR EN EXTREMIDADES INFERIORES 9/10 QUE LE DIFICULTAN LA MARCHA DIARIA, REFIERE TAMBIEN DOLOR EN EXTREMIDADES SUPERIORES DESDE HACE YA 5 AÑOS APROXIMADAMENTE . SIN EMBARGO MENCIONA QUE ESTA SINTOMATOLOGIA HA PROGRESADO EN EL ULTIMO MES. SE REALIZA REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN REALIZADO EL 29/10/2025: FR LATEX CUANTI: 18.2 ASTO CUANTITATIVO:125 .

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	14:27	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	

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
2025-11-13	14:27	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	