

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VERA             | SALAZAR          | ANGELA VALERIA | 26                  | 12  | 1987 | 38 años, 1 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311498503        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | CID CAMILO PONCE y           | 098-003-3129 /       |
| 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                 | 1311498503      | SAN BARTOLO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Fisiatría    |  | 2026  | 02  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MUJER DE 37 AÑOS CON APP ASMA Y OBESIDAD MORBIDAD REFIERE APP FIEBRE REUMATICA NO CONFIRMADA APQ CIRUGIA BARIATRICA EN 2 OCACIONES ULTIMA HACE 3 AÑOS COLELITIASIS HACE 4 AÑOS ALERGIA; NIEGA APF; ABUELOS CON HTA Y DM MADRE CON HTA HIPOTIROIDISMO TIOS HIPOTIROIDISMO ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD, POR CUADRO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR DE EVA DE 8/10 EN MANOS BILATERAL Y RIGIDEZ QUE SE IRRADIA HASTA ANTE BRAZOS MAS EDEMA PARESTESIA Y PERDIDA DE FUERZA MOTORA NIEGA TRATAMIENTO NIEGA TERAPIAS REFIERE QUE SINTOMATOLOGIA SE EXACERBA HORAS NOCTURNAS. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA DEFORMIDAD EN MANSOP NI DEDOS HOY CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA ARTICULAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA DE SEROLOGIA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RIGIDEZ ARTICULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | M256   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-03 | 11:22 | 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 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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-03 | 11:22 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |