

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SOLORZANO	JENNY MARIBEL	04	07	1991	34 años, 10 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311631541	MANABI	CHONE	CONVENTO	PEREZ y	005-302-9755 / (05)-302-9755
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	1311631541	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	05
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 34 AÑOS DE EDAD APP EFERMEDAD RENAL CRONICA SE REALIZA DIALISIS DOS VECES A LA SEMANA ANEMIA AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ASTENIA DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS DOLOR EN ARTICULACIONES DE INTENSIDAD MODERADA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL EXAMEN FISICO FISICO NO SE EVINDENCIA DATOS DE RELEVANCIA. EXAMEN PODOLOGICO DE ALTO RIESGO, RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO . SINTOMATOLOGIA AFEBRIL, ASINTOMÁTICA, ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE REUMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DOLOR EN ARTICULACIONES SE DIALIZA BISEMANAL AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE REUMATOLOGIA BIOMETRIA 12/04/2026 GLOBULOS BLANCOS 15.3 GLOBULOS ROJOS 3.16 HEMOGLOBINA 7.9 HCTO 25 PLAQUETAS 505

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS POLIARTROSIS	M158		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-05-05	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

