

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	MORA	MERCEDES NATIVIDAD	23	12	1981	43 años, 7 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311873143	MANABI	CHONE	CANUTO	LA JUANITA y X	099-506-4350 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311873143	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	08	18	
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 43 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE EN CANUTO VIA LA CHORRERA, ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA EN COMPAÑIA DE SU HIJO, TEF: 0963308324. APP: NO REFIERE, APF: PADRE HTA, AQX: COLECISTECTOMIA HACE UN AÑO, HABITOS: NO REFIERE, ALERGIAS: POLVO. EA: PACIENTE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA A AREA DE REUMATOLOGIA POR PRESENTAR POSIBLE CUADRO DE VASCULITIS NO ESPECIFICADA. PACIENTE REFIERE PRESENTAR DICHO CUADRO APROXIMADAMENTE HACE DOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PEQUEQUIAS A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES MAS HINCHAZON. SE REQUIERE VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE DICHO CUADRO ANTES EXPUESTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VASCULITIS LIMITADA A LA PIEL, SIN OTRA ESPECIFICACION	L959	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	16:03	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-08-18	16:03	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

