

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	AVILES	TATIANA DESIRE	27	04	1987	39 años, 0 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312221714	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NA y	099-009-0053 /
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	1312221714	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	15
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 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA, QUIEN REFIERE EXACERBACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, CARACTERIZADA POR SENSACIÓN DE CONTRACTURA GENERALIZADA DESDE CABEZA HASTA MIEMBROS INFERIORES, ACOMPAÑADA DE DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DIFUSO DE PREDOMINIO EN EXTREMIDADES. REFIERE ADEMÁS EPISODIOS DE EDEMA EN AMBOS BRAZOS, DESCRIBIÉNDOLOS “HINCHADOS COMO GLOBOS”, CON VISUALIZACIÓN PROMINENTE DE TRAYECTOS VENOSOS SUPERFICIALES. ASOCIA DOLOR EN PIERNAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES COTIDIANAS DEBIDO A LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS. POR PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DEL CUADRO CLÍNICO, SE SOLICITA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR REUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL Y MANEJO CORRESPONDIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROMIALGIA	M797		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	12:19	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-15	12:19	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

