

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MOLINA	ROXANA LISBETH	02	12	1991	34 años, 6 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	1312301417	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BY PASS y BVIA PORTOVIEJO	097-864-2078 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312301417	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	06	03
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 34 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: CESAREA Y SALPINGECTOMIA, AA: NO REFIERE QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES APROXIMADAMENTE 8 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR GENERALIZADO A NIVEL DE ARTICULACIONES, PRINCIPALMENTE EN MANOS, MUÑECAS Y PIES, DE INTENSIDAD VARIABLE, CON EPISODIOS DE RIGIDEZ Y MOLESTIA QUE LIMITAN PARCIALMENTE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE SENSACIÓN DE INFLAMACIÓN Y SENSIBILIDAD EN LAS ARTICULACIONES AFECTADAS, ASÍ COMO CANSANCIO GENERALIZADO Y MALESTAR FÍSICO. ADEMÁS, MANIFIESTA SENSACIÓN DE AUMENTO DE VOLUMEN EN LA REGIÓN ANTERIOR DEL CUELLO, DESCRIBIENDO QUE LO PERCIBE “HINCHADO”, SIN PODER PRECISAR LA CAUSA, CON PREOCUPACIÓN POR POSIBLE ALTERACIÓN DE LA GLÁNDULA TIROIDES. REFIERE MOLESTIA LOCAL Y SENSACIÓN DE PRESIÓN CERVICAL INTERMITENTE. NIEGA TRAUMATISMOS RECIENTES. POR LA PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA OSTEOARTICULAR Y LA SENSACIÓN DE AUMENTO DE VOLUMEN CERVICAL, SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA PARA ESTUDIO DE POSIBLE PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA, ASÍ COMO REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO. 0978642078

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	09:14	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 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
2026-06-03	09:14	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

