

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	INTRIAGO	JISSELA MONSERRATE	04	12	1985	40 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312665530	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	INES MORENO y AV ESTUDIANTEL	099-158-9139 / (96)-941-1491
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	1312665530	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología		2026	05	12
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 QUE REFIERE EL FAMILIAR BUEN TIENE APP DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 49%, REFIRE LA MADRE QUE PRESENTÓ PRESENTA DOLOR DE LAS RODILLAS, LA ARTICULACIÓN DE LOS CODOS Y LA CADERA, E INFLAMACIÓN DE LA ARTICULACIONES DE LAS MANOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APP ARTRITIS REUMATOIDES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	M059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	11:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-05-12	11:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	INTRIAGO	JISSELA MONSERRATE	04	12	1985	40 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312665530	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	INES MORENO y AV ESTUDIANTEL	099-158-9139 / (96)-941-1491
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	1312665530	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA		Consulta externa	Psicología Clínica	2026	05	12
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 QUE REFIERE EL FAMILIAR BUEN TIENE APP DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 49%, REFIRE LA MADRE QUE PRESENTÓ HIPOXIA CEREBRAL AL NACER. RETRASO MENTAL Y REQUIERE VALORACION Y RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE CONSTATA PACIENTE QUE NO TIENE INTERROGATORIO FLUIDO, REFIERE EL FAMILIAR QUE NO APRENDE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F710		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	11:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-05-12	11:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	