

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MORANTE	GEMA GABRIELA	12	09	1989	36 años, 2 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313177329	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	A y A	099-720-9158 /
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	1313177329	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2025	11	14	
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 36 AÑOS SIN PATOLOGIA CRONICA CONOCIDA ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION QUE HA IDO PROGRESANDO Y EMPEORANDO CON EL PASO DEL TIEMPO CARACTERIZADO POR DOLORS ARTICULARES INTERMITENTES, REFIERE QUE PRESENTA ENTUMECIMIENTO EN LOS DEDOS DE LA MANO, QUE ADEMAS SE HAN COMENZADO A EVIDENCIAN DEFORMIDAD EN LOS MISMOS, EL DOLOR ACOMPAÑADO DE FASCICULACIONES, PARESTESIAS EN AMBAS MANOS, FOTOFOBIA Y DOLOR A NIVEL DEL CUELLO DEL LADO DERECHO PRINCIPALMENTE. NIEGA OTROS SINTOMAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIO NO ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-14	14:01	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-14	14:01	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	