

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	KAROL ALLISON	28	11	2000	24 años, 11 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	1313738534	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PICHINCHA y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-017-2367 /
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	1313738534	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO FOL	Consulta externa	Reumatología	2025	10	30	
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 DE 24 AÑOS DE EDAD, SEXO MUJER , CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES HACE 3 SEMANAS. RECIBE ATENCION EDICA EN EL HOSPITAL POR MEDICO NEFROLOGO , QUIEN LE DIAGNOSTICA UNA VEZ REALIZADO LOS EXAMENES COMO SINDROME NEFROTICO, Y ADEMAS LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO , MOTIVO POR EL CUAL SE LE ENVIA HA SOLICITAR REFERENCIA PARA VALORACION CONTROL Y TRATAMIENTO CON MEDICO REUMATOLOGO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	M329	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-30	10:30	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2025-10-30	10:30	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	