

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MOREIRA	EVELYN ASTRID	12	04	1993	32 años, 7 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314474915	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	098-093-7013 /
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	1314474915	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	12	05
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 32 AÑOS , APP FIEBRE REUMÁTICA (REFIERE AUTOMEDICARSE ARTRICHINE - COLCHICINA) , AQX: NO, ALERGIAS: NO, APF: ABUELA DM2, ACUDE POR REFERIR DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO GENERALIZADO TIPO OPRESIVO, DE INTENSIDAD VARIABLE, CON MÁS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN. EL DOLOR SE PRESENTA EN MÚSCULOS, ESPALDA, CUELLO, EXTREMIDADES Y ZONAS DE INSERCIÓN TENDINOSA. REFIERE SENSACIÓN DE FATIGA CONSTANTE, SUEÑO NO REPARADOR Y DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE. NIEGA RIGIDEZ MATUTINA, FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO O SÍNTOMAS ARTICULARES INFLAMATORIOS. REFIERE QUE EL ESTRÉS EMOCIONAL Y LA FALTA DE DESCANSO EMPEORAN EL CUADRO. NIEGA TRAUMA PREVIO. HA TOMADO ANALGÉSICOS DE MANERA OCASIONAL CON ALIVIO PARCIAL. NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA. SE DECIDE MANEJO DEL DOLOR MÁS REFERENCIA A REUMATOLOGÍA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROMIALGIA	M797		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	14:49	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-12-05	14:49	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

