

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORAL	GARCIA	STEFANY NATALY	05	03	1993	33 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315099299	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y SN	099-577-7455 /
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	1315099299	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	06	09
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 33 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE DESDE HACE 10 AÑOS, TRATADA HACE 9 MESES POR ESPECIALIDAD EN EL HOSPITAL NAPOLEON NAVILA, MENCIONA QUE DESDE HOSPITAL SOLICITAN ACTUALIZAR REFERENCIA PARA MANTENER TRATAMIENTO, AL MOMENTO PACIENTE CON PERSISTENCIA DEL CUADRO CLINICO DOLOR EN ARTICULACION DE LA MUÑECA DEL LADO IZQUIERDO, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD, EL DOLOR SE INTENSIFICA CUANDO USA LA ARTICULACION PARA ALGUN MOVIMIENTO, POR LO DESCRITO SE DECIDE REFERIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA LIMITACION MARCADA DE LA MOVILIDAD DE ARTICULACIONES DE LA MANO DEL LADO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	11:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-09	11:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	