

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CORREA           | BRAVO            | GEMA MONSERRATE | 14                  | 07  | 1998 | 27 años, 9 meses, 29 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315940781        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | SN y SN                      | 096-118-1047 /      |
| 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                 | 1315940781      | 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  | 05  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina gestante de 20 semanas de edad. Acude a consulta refiriendo que ha presentado en ocasiones dolor de articulaciones de los dedos de las manos, muñecas, tobillos, rodillas acompañados de aumento de volumen de 6 meses de evolucion y fiebre. En estos momentos presenta dolor en rodilla derecha sin aumento de volumen.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: ASTO: 74.15 uI/ML PCR: 43.16 Ui/ml FR: 138 ui/ml

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-13 | 12:17 | Medicina Familiar Y Comunitaria | RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ | 1312184177 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-13 | 12:17 | Medicina Familiar Y Comunitaria | RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ | 1312184177 |       |