

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ESPINOZA         | ZAMBRANO         | JOSENKA NILLISKY | 08                  | 06  | 2009 | 16 años, 11 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317315412        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | MATAPALO AFUERA y SN         | 098-314-0569 /      |
| 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                 | 1317315412                | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              | 13D12 / ZONA 4 |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                           |                                                    |                                                      |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                                                    | Consulta externa                                     | Reumatología | 2026           | 05  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                                                    | Servicio                                             | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

|                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE QUE PRESENTA DOLOR ARTICULAR EN AMBAS MANOS MAS DEFECTO EN DEDO MEÑIQUE DERECHO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION, SE SOLICITA ESPECIALISTA REUMATOLOGO PARA SU DEBIDO TRATAMIENTO . |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMATOCRITO 37.8 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 12.6 GRAMOS OTROS ANALISIS: ANTIES TREP TOCILINA ASTO 290.75 FACTOR REUMATOIDEO 3.45 , PROTEINA C REACTIVA 5.10 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA | M069   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|--------|-------|
| 2026-05-27 | 14:44 | Medicina General | GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO | 88     |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|--------|-------|
| 2026-05-27 | 14:44 | Medicina General | GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO | 88     |       |