

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	FARIAS	MARIA LOURDES	15	06	1996	30 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350151831	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y SN	096-705-9284 /
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	1350151831	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	07	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

☐

seguimiento
de caso

☐

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente femenina de 30 años de edad, con app de AR seronegativa. Acude a consulta con contra-referencia solicitando cita subsecuente para continuar el seguimiento con reumatologia, menciona que en estos momentos presenta dolor articular en dedos de las manos, rodillas y tobillos sin aumento de volumen.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: (13/05/2026) hgb: 13.1 g/dl glucosa: 105 mg/dl colesterol: 251 mg/dl trgl: 529 mg/dl ac urico: 8.73 mg/dl creatin: 0,8 mg/dl fr: 6 ui/ml, pcr negativo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M060		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	08:07	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 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
2026-07-30	08:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	