

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
NACIAS		NURILLO		NANCY LISETH		00 01 2010 día mes año		15 años, 4 meses, 21 días a-m-d	Mujer 1=F 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico		
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350620462	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	LA FAVELA Y	097-075-8638/		
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular		
							0969479734 0939223807		

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1350620462	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13005 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:		Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ	Consulta externa	Reumatología	2025 05 29 día mes año
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	

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

ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR VALORACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO (DESCRITOS EN APARTADO CORRESPONDIENTE) EN LOS QUE SE EVIDENCIA VSG ELEVADO (32 MM/HORA), FACTOR REUMATOIDEO ELEVADO (41.9 U/ML), ANTI-CCP ELEVADO (41.9 U/ML) SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL. SE INICIA TRATAMIENTO Y SE REFIERE A MEDICINA INTERNA POR NO DISPONIBILIDAD DE AGENDAMIENTO PARA REUMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

ACTIVIDAD AJENA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

M0090

1

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-05-29	14:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROX YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Districto/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

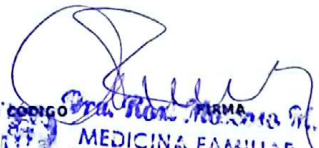
CIE-10

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
2025-05-29	14:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROX YOHOMARA MOSCOSO MACIAS


 CÓDIGO 1309801965
 MEDICINA FAMILIAR
 N° REG. M.S.P. 130980
 2025-05-29 14:00