

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAMIL	ZAMBRANO	DELIA JAMALI	04	09	1997	28 años, 9 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350956213	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	SN y SN	097-918-4347 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350956213	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología		2026	06	11
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 28 AÑOS QUE ACUDE A CONTROL MÉDICO, CON ANTECEDENTE DE CONSULTA PREVIA POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR GENERALIZADO, INFLAMACIÓN ARTICULAR, RIGIDEZ MATUTINA PROLONGADA, LIMITACIÓN FUNCIONAL Y DOLOR EN ARTICULACIONES DE (MANOS/DEDOS/MUÑECAS/RODILLAS/PIES) DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN. EN LA CONSULTA ACTUAL ACUDE CON RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS PREVIAMENTE, EN LOS CUALES SE EVIDENCIAN HALLAZGOS COMPATIBLES CON ENFERMEDAD ARTICULAR INFLAMATORIA (ARTRITIS) . PERSISTE CON (DOLOR/INFLAMACIÓN). POR HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD (REUMATOLOGÍA) PARA CONFIRMACIÓN DEFINITIVA, CLASIFICACIÓN Y MANEJO ESPECÍFICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANTI-CCP513.5, ASTO 100, FACTOR REUMATOIDEO POSITIVO, PCR 48

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	15:12	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

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
2026-06-11	15:12	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

