

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ALAVA            | ZAMBRANO         | KEYLY YERSY | 04                  | 10  | 2009 | 16 años, 9 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1751660679        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | ETAPA 2 y                    | 098-522-2793 /       |
| 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                 | 1751660679      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Medicina interna | 2026  | 07  | 06  |
| 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 adolescente de 16 años de edad, con antecedente familiar importante de enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico en tía paterna, síndrome antifosfolípido y esclerosis múltiple en prima paterna, y hemofilia en hermano), acude al centro de salud por cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por dolor articular de predominio en manos, muñecas y rodillas, asociado a episodios de inflamación articular (edema), con rigidez y limitación parcial de la actividad cotidiana. Niega fiebre, pérdida de peso, erupciones cutáneas, fenómeno de Raynaud u otra sintomatología sistémica acompañante. Al momento de la valoración se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de alarma agudos. Se realizan estudios inmunológicos en fecha 08/09/2025 con los siguientes resultados: cardiolipina IgG 2.5, cardiolipina IgM 1.6, antifosfolípidos IgG 1.8, anticuerpos antinucleares (ANA) 0.60 y anti DNA de doble cadena 6.30, todos dentro de rangos negativos, por lo que se considera perfil inmunológico sin evidencia de enfermedad autoinmune sistémica activa, sugiriendo probable poliartritis juvenil seronegativa, por lo que se indica referencia a Pediatría para valoración y manejo especializado. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|     |
|-----|
| N/A |
|-----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| POLIARTRITIS JUVENIL (SERONEGATIVA) | M083   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 12:43 | Medicina Rural | ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO | 1315110401 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 12:43 | Medicina Rural | ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO | 1315110401 |       |

