

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PATIÑO	AYALA	SANDRA MARIA	03	10	1973	52 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	1308136926	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS CHONANAS y	098-175-7112 /
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	1308136926	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2026	07	10	
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 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Y FUNCIONALIDAD RENAL DEPENDIENTE ÚNICAMENTE DE RIÑÓN IZQUIERDO. REFIERE ENCONTRARSE EN SEGUIMIENTO POR LAS ESPECIALIDADES DE REUMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA. ACTUALMENTE PRESENTA DOLOR EN MÚLTIPLES ARTICULACIONES ASOCIADO A DISMINUCIÓN DE LA FUERZA EN AMBAS MANOS, LO CUAL LIMITA LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES LABORALES Y ACTIVIDADES COTIDIANAS. ACUDE A CONSULTA DEBIDO A QUE, DURANTE SU ÚLTIMA ATENCIÓN POR REUMATOLOGÍA, RECIBIÓ UNA CONTRARREFERENCIA CON INDICACIÓN DE GENERAR NUEVAMENTE REFERENCIA PARA CONTINUAR CONTROLES POSTERIORES POR DICHA ESPECIALIDAD. SOLICITA LA GESTIÓN DE NUEVA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	12:33	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2026-07-10	12:33	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

