

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MACIAS	TOMAS RAIMUNDO	17	03	1943	82 años, 8 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300571534	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	098-008-2987 /
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	1300571534	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	12	08
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

ADULTO MAYOR CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE Y QUEMANTE LOCALIZADO EN AMBAS ARTIRCULACION DE RODILLAS Y TOBILLOS DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE INFLAMACION EN ALGUNAS OCASIONES, PRESENTA LIMITACIONES PARA LA DEAMBULACION Y MANTENERSE EN BIPEDESTACION EL CUAL SE AYUDA CON BASTON DE UNA SOLA PUNTA, ADULTO MAYOR ACTUALMENTE NO CONSUME MEDICACION INDICADA POR REUMATOLOGIA EN EL CUAL NOTIFICA QUE LE HACE DAÑO (QUE LO VAN A MATAR POR ESO SUSPENDE TRATAMIENTO). ACTUALMENTE PACIENTE INDICA QUE DEBE SER RECALIFICADO (LLENADO DE ANEXO 002) PLAN FARMACOLOGICO: CONDROPROTECTORES CADA SEMANA. ANALGESICO CADA 12 HORAS O EN CASO DE DOLOR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M199		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	11:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-12-08	11:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

