

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDAS	CEDEÑO	ROSA VICTORIA	02	11	1955	70 años, 6 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302173750	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CALLEJON DIVINO NIÑO	096-361-7485 / (96)-787-9307
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1302173750	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	20
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 clinico

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON EXFORGE 10/160/12.5 MG, ACUDE POR REFERIR DOLORES OSTEOARTICULARES MAS ACENTUADOS EN CODOS, MUÑECAS Y DEDOS DE LAS MANOS, ENTUMECIMIENTO MATUTINO, LIMITACIÓN FUNCIONAL, INFLAMACIÓN LOCAL DE TEJIDO ARTICULAR, AL MOMENTO SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, FEBRIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	08:26	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	 Validar únicamente en FirmaBC. Firmado electrónicamente por: JULIO CESAR GARCIA OLEA

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 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	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	08:26	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	