

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CORNEJO          | SOLORZANO        | CRUZ DIOCELINA | 23                  | 08  | 1939 | 86 años, 5 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                     | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302392962        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV CARLOS A ARAY y 24DE JULIO | 099-331-6214 / (05)-269-6828 |
| 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                 | 1302392962      | 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 | Fisiatría    | 2026  | 02  | 04  |
| 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

artritis reumatoidea mas poliartrosis con dolor intenso de las articulaciones y huesos mas sarcopenia refiere episodios de calambres, es hta y diabetica mas esplenectomia, arritmia cardiaca con tto de nebivolol de 5 mg en tableta... tenia boton para alimentacion percutanea por estar con entubación pero ya soluciono, es constipada, neuralgia del trigemino izquierda... se le envía a terapia a fisiatria... por ultimo tuvo encefalitis por varicela zoster

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente se envía por su discapacidad física por múltiples causas...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| POLIARTROPATIA INFLAMATORIA | M064   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO       | FIRMA                                                                                                                                                                                                    |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-04 | 09:34 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| 2026-02-04 | 09:34 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |       |

