

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MARTILLO	DIDIMA CLEOPATRA	23	12	1953	72 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302472954	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	24 DE SEPTIEMBRE y	052-041-7352 /
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	1302472954	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	02	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

- Limitada capacidad resolutive ☐ Saturación capacidad instalada ☐
- Ausencia temporal del profesional ☐ Otros/especifique: ☒
- Falta de profesional ☐ SOLICITUD DE CONTROLES SUBSECUENTES --- DOLOR A LA MARCHA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS CON APP DE DIABETES MELLITUS TIPO II, EN TRATAMIENTO CON INSULINA, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES, MENCIONA DIFICULTAD PARA MARCHA POR DOLOR EN ARTICULACION DE LAS RODILLAS, MENCIONA ANTECEDENTES DE ARTRIRIS, PACIENTE MANEJADA CON REUMATOLOGIA ACUDE POR SOLICITUD DE REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TEL 0989166606

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS POLIARTROSIS	M158		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	10:06	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-02-02	10:06	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

