

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	NELLYS ALIDA	12	03	1961	65 años, 1 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303176836	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	098-083-0596 /
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	1303176836	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	05	06
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 65 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR OSTEOARTICULAR GENERALIZADO, DE PREDOMINIO EN AMBAS RODILLAS, DE TIPO MECÁNICO, INTENSIDAD 7/10, QUE SE EXACERBA CON LA DEAMBULACIÓN, ESFUERZOS FÍSICOS O AL PERMANECER EN BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, CON ALIVIO PARCIAL EN REPOSO. REFIERE ADEMÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA MARCHA, DIFICULTAD PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, ASÍ COMO EPISODIOS DE INFLAMACIÓN ARTICULAR EN RODILLAS, CON AUMENTO DE VOLUMEN. NIEGA ANTECEDENTE TRAUMÁTICO RECIENTE. NO REFIERE FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS. POR PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, ACUDE A VALORACIÓN MÉDICA, CONSIDERÁNDOSE NECESIDAD DE REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA PARA ESTUDIO DE POSIBLE PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR DE ORIGEN DEGENERATIVO O INFLAMATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	15:07	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-06	15:07	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

