

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | MEDRANDA         | FRANCISCA IBRAILA | 04                  | 10  | 1959 | 65 años, 10 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303349755        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ÑAUSE y                      | 098-252-5133 /       |
| 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                 | 1303349755      | 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 | 2025 | 08    | 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 DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION - OSTEO ARTROSIS PACIENTE REFIERE HABER EXARCEBADO DOLOR EN AMBAS RODILLAS - CODO . CONTINUAR CON SEGUIMIENTO REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|
| (OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA | M150   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          |                                                                                     |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-08-06 | 08:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |  |

Firmado electrónicamente por:  
LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO  
Validar únicamente con FirmaEC

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-08-06 | 08:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |       |