

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	BETTY DOLORES	17	01	1965	60 años, 11 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303515504	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO EL GUINEO y SITIO EL GUINEO	099-470-7436 /
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	1303515504	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	01	12
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 60 AÑOS CON APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE HACE 15 AÑOS TRATADA CON LOSARTAN DE 100 MG. DIABETES MELLITUS TIPO II DESDE HACE 15 AÑOS TRATADA CON METFORMINA 500 MILIGRAMOS DOS VECES AL DIA. HIPOTIROIDISMO DESDE HACE 18 AÑOS TRATADO CON LEVOTIROXINA DE 100 MCG VO QD. PACIENTE ACUDE A UNIDAD OPERATIVA POR CONTROL DE ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE + RETIRO DE MEDICACION. PACIENTE REFIERE ARTRALGIAS RECURRENTES DE GRANDES ARTICULACIONES SOBRE TODO DE HOMBROS Y RODILLAS, SIN INFLAMACION SIN LIMITAICON FUNCIONAL. PACIENTE CON PRESION DE 140/90 HIPERTENSION GRADO I, REFIERE CEFALEA, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA AJUSTE TERAPEUTICO Y SE AGREGA AMLODIPINO 5 MILIGRAMOS. Y SE ENVIA AMPA DOS VECES AL DIA POR 7 DIAS. PACIENTE SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE, ACUDE PARA ACTUALIZAR REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	13:36	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2026-01-12	13:36	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

