

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	MERA	FLERIDA EUDALIA	04	01	1954	72 años, 3 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303729683	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE y	093-952-7957 / (99)-999-9999
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	1303729683	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	04	27
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

ADULTO MAYOR FEMENINA DE 72 AÑOS CON APP DE ARTROSIS DX HACE 3 AÑOS SIN TRATAMIENTO ACTUAL (NO RECUERDA Y NO TIENE DINERO PARA COMPRARLO) QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO DE PREDOMINIO MECÁNICO, QUE COMPROMETE MÚLTIPLES ARTICULACIONES (MANOS, RODILLAS, CADERAS), DE INTENSIDAD VARIABLE, QUE AUMENTA CON LA ACTIVIDAD Y MEJORA CON EL REPOSO, ACOMPAÑADO DE LIMITACIÓN PROGRESIVA DE LA MOVILIDAD Y DISMINUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN, LIMITACIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO Y SIGNOS DE DESGASTE ARTICULAR SIN DATOS DE COMPROMISO SISTÉMICO POR LO QUE SE DECIDE REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE GERIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	09:30	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-04-27	09:30	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

