

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA MARCILLO MARIANA		NARCISA DEL JESUS	01	12	1956	68 años, 7 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303759318	MANABI	CHONE	CANUTO	VIAS VAINILLAS y CALLEJON CUATRO ESQUINA	099-105-1864 /
Ver instructivo	Describir Pais	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303759318	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	08	20
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 SEXO FEMENINO DE 68 AÑOS DE EDAD, APP: HTA TRATADA CON LOSARTAN 50MG QD, AMLODIPINO 5MG QD, APP: HERMANOS HTA, AQX: COLECISTECTOMIA , HABITOS: NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIRE. EA: PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN ARTICULACION DE LA RODILLA IZQUIERDA. EXAMEN FISICO: PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, PRESENTA DOLOR EN ARTICULACIONES DEL CODO, MUÑECA Y RODILLA , PREDOMINA DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION DE ARTICULACION DE RODILLA IZQUIERDA. PRESENCIA DE ALZA TERMICA POR LAS NOCHES. CONSOLIDACION DE MEDICAMENTOS NO REFIERE. SE REQUIERE VALORACION POR REUMATOLOGIA PARA MANEJO Y SEGUIMIENTO DE CUADRO CLINICO EN MENCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	08:46	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-08-20	08:46	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

