

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOL	SAAVEDRA	FATIMA NARCISA	30	10	1962	62 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304448846	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA PRINCIPAL y	099-154-1902 / (99)-999-9999
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	1304448846	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	09	08
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

☐

OSTEOPOROSIS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD. APP: OSTEOPOROSIS , DIABETES MELLITUS TRATADA CON METFOMINA 500 MG VO QD. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA REFERENCIA. AL INTERROGATORIO REFIERE SEGUIR CONTROLES EN REUMATOLOGIA SIN EMBARGO PERDIO LA CITA, MENCIONA ULTIMO CONTROL 13/05/2025, MENCIONA ACUDIR POR DOLOR LUMBAR EN DONDE LE PRESCRIBIERON HIDROFEROL, FLOCAS B12, INFILTREX, XUMER 90 MG. AL INTERROGATORIO REFIERE DOLOR EN RODILLA DERECHA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0988979868

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	M819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	14:57	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-08	14:57	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

