

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	LOPEZ	MARIA ANTONIA	17	01	1963	62 años, 6 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304496605	MANABI	CHONE	CANUTO	STIO LIMON y	098-111-6552 /
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	1304496605	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	07
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 62 AÑOS DE EDAD; APP: DBT II TRATADA CON METFFFORMINA 500MG QD, HTA TRATADA CON LOSARTN 100MG QD. ARTROSIS NO TRATADA DE FORMA DEBIDA . APF: NO REFIERE. AQX: DOS CESAREAS ANTERIORES, CIRUGIA DE DESCENSO DE VEJIGA. HABITOS NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA RETIRO DE MEDICINAS PARA TRATAR SU ECNT. PACIENTE REFIERE PRESENTAR DOLOR EN ARTICULACIONES DE AMBAS RODILLA QUE IMPIDE CAMINAR CON NORMALIDAD. TRAE CONSIGO RADIOGRAFIA DE RODILLA Y SE APRECIA OSTEOFITOS EN AMBAS ARTICULACIONES DE LA RODILLA, CON PRESENCIA DE AUMENTO DE DENSIDAD OSEA SUBCONDREAL. REQUIERE VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA EN AREA DE REUMATOLOGIA PARA SEGUIR SUS CONTROLES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE APRECIA EN RADIOGRAFIA TOMADA AL 6 DE JULIO SE APRECIA OSTEOFITOS Y AUMENTO DE DENSIDAD OSEA SUBCONDREAL EN AMBAS ARTICULACIONES DE LA RODILLA.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	14:18	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
2025-08-07	14:18	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

