

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALVA	CEBALLO	EULOGIA DELMIRA	11	02	1963	63 años, 4 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304537275	MANABI	CHONE	RICAURTE	CARLOS CONCHA y OLGA MOREIRA	096-953-4371 / (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	1304537275	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	07	09
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 63 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, VALORADA PREVIAMENTE POR EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS EVIDENCIAN OSTEOPENIA DIFUSA, PINZAMIENTO ASIMÉTRICO DE LAS ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DISTALES DE AMBAS MANOS, PINZAMIENTO DEL ESPACIO FEMOROTIBIAL EN AMBAS RODILLAS Y OSTEOFITOS MARGINALES EN COLUMNA LUMBOSACRA, COMPATIBLES CON CAMBIOS DEGENERATIVOS. A PESAR DEL MANEJO CONSERVADOR INSTAURADO, PERSISTE CON SINTOMATOLOGÍA OSTEOARTICULAR CRÓNICA, POR LO QUE SE CONSIDERA PERTINENTE SU REFERENCIA AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, ESTUDIO INTEGRAL, CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA, DESCARTE DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA ASOCIADA Y ESTABLECIMIENTO DE MANEJO ESPECÍFICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR OSTEOARTICULAR CRONICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	08:42	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

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
2026-07-09	08:42	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

