

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALVA	ACOSTA	ANGELA CANDELARIA	02	02	1957	69 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304588450	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN ANDRES y	099-871-7753 /
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	1304588450	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	03	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

DOLOR EN AMBAS RODILLAS ACOMPAÑADO DE DISMOVILIDAD Y CIERTA RIGIDEZ Y CRUGIR AL REALIZAR ALGUN MOVIMIENTO - DOLOR EN HOMBROS Y EN LA CADERA - CIERTA DISMOVILIDAD A LA MARCHA - ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE SEGUNDO NIVEL - PARA CUAL SE LA REFIERE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN AMBAS RODILLAS ACOMPAÑADO DE DISMOVILIDAD Y CIERTA RIGIDEZ Y CRUGIR AL REALIZAR ALGUN MOVIMIENTO - DOLOR EN HOMBROS Y EN LA CADERA - CIERTA DISMOVILIDAD A LA MARCHA - ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE SEGUNDO NIVEL - PARA CUAL SE LA REFIERE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-20	15:53	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2026-03-20	15:53	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	